

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.487 - SP (2019/0159691-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS
AUTOMOTORES LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO
CONSUMIDOR - BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS
MED - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821
MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO
EM SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680

EMENTA

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART.

31 DA LEI N. 9.656/1988. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia

Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015

a) "Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial."

b) "O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

c) "O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

3. Julgamento do caso concreto

Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, apesar de vinculados a plano de saúde administrado por uma única operadora, encontram-se inseridos em categorias distintas, sendo diversas a forma de custeio e os valores de contribuição.

4. Recurso especial a que se dá provimento.

ACÓRDÃO

Prosseguindo o julgamento, após o voto-vista do Sr. Ministro Villas Bôas Cueva acompanhando o Sr. Ministro Relator e propondo revisão das teses repetitivas, a Segunda Seção, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Para os fins repetitivos, foram fixadas as seguintes teses:

"a) Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei nº 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou

Superior Tribunal de Justiça

indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial.

b) O art. 31 da Lei nº 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.

c) O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos respectivos valores, desde que mantida a paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

Vencida, em parte, apenas em relação à parte final da última tese, "e facultada a portabilidade de carências", a Sra. Ministra Nancy Andrichi. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Buzzi, Marco Aurélio Bellizze, Nancy Andrichi, Luis Felipe Salomão, Raul Araújo e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti.

Consignados pedidos de preferência pelo amicus curiae UNIMED DO BRASIL CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, representado pelo Dr. JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA, e pelo amicus curiae FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, representado pela Dra. ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS.

Brasília-DF, 09 de dezembro de 2020 (Data do Julgamento)

Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Relator

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.487 - SP (2019/0159691-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS
AUTOMOTORES LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO
CONSUMIDOR - BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS
MED - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821
MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO
EM SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA: Trata-se de recurso especial interposto por Valmir Nascimento da Silva, com fundamento no art. 105, III, "a", da CF, contra acórdão do TJSP assim ementado:

CERCEAMENTO DE DEFESA – Inocorrência – Desnecessidade de outros elementos para o convencimento do magistrado – Nulidade afastada.
PLANO DE SAÚDE – Obrigação de fazer – Pretensão à manutenção do autor como beneficiário do plano de saúde que vigia à época em que era empregado – Possibilidade de a ex-empregadora contratar planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e inativos, desde que mantidas as mesmas condições de assistência de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, assumindo integralmente o pagamento do prêmio – Contratação de plano de saúde autônomo pela empregadora, composição de grau de moderação pautado na faixa etária que não acarreta qualquer ilegalidade – Valor da mensalidade que não se revela abusivo, mostrando-se razoável e de acordo com as condições de mercado – Ação improcedente – Sentença mantida – Art. 252, RITJSP – Recurso desprovido. (e-STJ fl. 461.)

Esclarece o recorrente que "NÃO PRETENDE O RESTABELECIMENTO DO PLANO DE AUTOGESTÃO, aliás, não existe nenhum pedido nesse sentido por parte do recorrente, o que pretende com a presente ação é tão somente o cumprimento do que estabelece a Lei 9.656/98, ou seja, usufruir do plano médico pagando o valor que era descontado de seu salário, acrescido da parte subsidiada pela empresa" (e-STJ fl. 470).

Alega ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998, narrando os fatos da causa assim:

O recorrente entende ser relevante informar a essa r. Relatoria que a corrê – Mediservice Operadora de Planos de Saúde S/A – foi representada civilmente pela Promotoria de Justiça Cível de São Bernardo do Campo, Representação Civil nº 43.167.4929/2017-3, em função do aumento abusivo praticado, sendo que a referida empresa foi obrigada a juntar aos autos daquele procedimento o contrato firmado com a empresa Volks.

Pela leitura da cláusula 11.7 e do anexo nº 002 do contrato é possível inferir que a Volks paga à Mediservice pelos serviços prestados o valor correspondente a R\$17,50 (dezessete reais e cinquenta centavos) por usuário beneficiado, ou seja, enquanto o funcionário está na ativa o valor pago pela empresa para mantê-lo no plano, bem como cada um de seus dependentes correspondente a apenas R\$17,50 (dezessete reais e cinquenta centavos) por pessoa; entretantes, como dissemos na inicial, efetua o desconto do salário do apelante no valor correspondente a 3% de seu salário.

Com isso fica evidente que ao ser demitido, o critério de cobrança do valor do plano passa a ser diferenciado, conforme se depreende pela leitura da cláusula 14 e do anexo nº 004 do indigitado contrato, uma vez que textualmente se encontra inserto no item "1" do referido anexo que: "A tabela adiante apresenta os valores de custos por faixa etária a serem aplicados aos usuários inativos, demitidos ou exonerados sem jura causa ou aposentados e seus dependentes..." (textual).

Como se percebe, o critério de cobrança para os inativos é diferente do critério usado para os ativos, e não observa os ditames da Lei 9656/98, uma vez que a referida lei permite a permanência do aposentado no plano de saúde, pagando o valor que era descontado de seu salário acrescido da cota custeada pela empresa,

Superior Tribunal de Justiça

e no caso concreto, o único valor pago pela Volks era o correspondente a R\$ 17,50 por pessoa. (e-STJ fl. 472.)

Sustenta "que o legislador, ao introduzir no ordenamento jurídico as regras esculpidas no art. 31 da Lei nº 9.656/98, procurou assegurar ao ex-empregado aposentado, 'as mesmas condições' de cobertura de que o trabalhador gozava durante a atividade, mormente no que concerne aos padrões de atendimento, coberturas, ausência de carências (inclusive para doenças pré-existentes) mas, também, a manutenção dos mesmos patamares pecuniários (valores) pagos pelo plano durante a atividade, desde que o ex-empregado aposentado assuma a integralidade do custeio" (e-STJ fl. 474).

Argumenta "que se fosse a hipótese de o ex-empregado e aposentado ter de arcar com os vultosos valores praticados no mercado em geral poderia, simplesmente, contratar qualquer plano de saúde particular após o seu desligamento" (e-STJ fl. 474). Com isso, "a finalidade da norma foi possibilitar que o trabalhador, sobretudo após a extinção do contrato, pudesse usufruir dignamente de um benefício médico com valores razoáveis, possíveis de serem suportados, considerando o padrão médio de rendimentos de um aposentado brasileiro, sem o objetivo de lucros pelo ex-empregador ou pela operadora de saúde" (e-STJ fl. 474).

Cita ementas de precedentes e pede o provimento do recurso "a fim de reformar o v. acórdão, com a inversão do que foi decidido pelo E. Tribunal de Justiça de São Paulo, respeitando o que preconiza o ordenamento jurídico e considerando a negativa de vigência do artigo 31 da Lei nº 9.656/98, bem como afronta aos princípios de Direito, determinando que o recorrente seja mantido no plano de saúde da recorrida, com o pagamento do valor demonstrado pelo recorrente" (e-STJ fl. 478).

As recorridas, Volkswagen do Brasil – Indústria de Veículos Automotores Ltda. e Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A., apresentaram contrarrazões (e-STJ fls. 481/491 e 493/502), e o recurso especial foi admitido na origem (e-STJ fls. 503/504).

O em. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Presidente da Comissão Gestora de Precedentes – Portaria STJ n. 299/2017, constatou que "o presente recurso especial, oriundo do Tribunal de Justiça de São Paulo, veicula controvérsia jurídica multitudinária ainda não submetida ao rito dos recursos repetitivos, a qual pode ser assim delimitada: **Definição sobre quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998**" (e-STJ fl. 509). Identificou, ainda, o trâmite de, pelo menos, 247 (duzentos e quarenta e sete) recursos cuidando do referido tema e a existência de cerca de 200 (duzentas) decisões proferidas no âmbito da TERCEIRA e da QUARTA TURMAS. Qualificou, então, o presente "recurso como representativo da controvérsia, impondo a ele

Superior Tribunal de Justiça

a adoção do rito estabelecido pelos arts. 256 ao 256-D do Regimento Interno do STJ" (e-STJ fls. 510).

O Dr. MAURÍCIO VIEIRA BRACKS, ilustrado Subprocurador-Geral da República, ofereceu parecer "no sentido de que se dê trâmite à presente súplica especial para o fim específico de submetê-la ao rito dos recursos representativo de controvérsia" (e-STJ fl. 521).

Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A., recorrida, manifestou-se pela impossibilidade de afetação, tendo em vista que "não se está diante da contratação de planos e forma de custeio diferenciados para funcionários ativos e inativos, mas sim da alteração da forma de pagamento do valor mensal do plano de saúde em razão da contratação de novo plano, vigente, repita-se, tanto para ativos quanto para inativos" (e-STJ fl. 528).

Volkswagen do Brasil Indústria de Veículos Automotores Ltda., recorrida, manifestou concordância com a afetação como repetitivo (e-STJ fls. 530/531).

O em. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, então, confirmou o processamento deste feito sob o rito dos recursos repetitivos, sendo oportuno reproduzir as seguintes passagens do respectivo despacho:

Em análise superficial do processo, **plenamente passível de revisão pelo relator destes autos**, entendo preenchidos os requisitos formais previstos no art. 256 do Regimento Interno do STJ, de acordo com o Ministério Público Federal.

Com relação à questão de direito objeto da presente indicação de recurso representativo da controvérsia, destaco a relevância da matéria veiculada neste processo, que busca a definição do STJ sobre a correta interpretação de dispositivo da lei dos planos e seguros privados de assistência à saúde (Lei n. 9.656/1998) no ponto relacionado a quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos.

Assim, a despeito de o tema já ter sido por diversas vezes objeto de julgamento perante esta Corte, é possível identificar a recorrente interposição de recursos especiais e/ou agravos em recursos especiais no STJ.

Cito, a título meramente ilustrativo, os seguintes julgados: AgInt no REsp n. 1.760.393/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, DJe 13/3/2019; REsp n. 1.713.619/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe 12/11/2018; AgInt no AREsp n. 1.427.846/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, DJe 15/5/2019; AgInt no REsp n. 1.757.935/SP, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, DJe 7/2/2019.

Nesse sentido, a submissão deste processo como representativo da controvérsia ao Plenário Virtual do STJ, com a proposta de reafirmação do entendimento firmado nesta Corte, conferirá maior racionalidade nos julgamentos e, em consequência, estabilidade, coerência e integridade à jurisprudência conforme idealizado pelos arts. 926 e 927 do Código de Processo Civil.

Essa providência, inclusive, evitará decisões divergentes nos tribunais ordinários e o envio desnecessário de recursos especiais e/ou agravos em recursos especiais a esta Corte Superior, tendo em vista que os presidentes e vice-presidentes dos tribunais de origem, responsáveis pelo juízo de admissibilidade, poderão negar seguimento a recursos especiais que tratem da mesma questão, ensejando o cabimento do agravo interno para o próprio tribunal, e não mais do agravo em

recurso especial, conforme estabelecido no § 2º do art. 1.030 do CPC.

Por outro lado, destaco que a definição da matéria sob o rito dos recursos repetitivos, precedente qualificado de estrita observância pelos juízes e tribunais nos termos do art. 121-A do RISTJ e do art. 927 do CPC, orientará as instâncias ordinárias, cuja eficácia refletirá em numerosos processos em tramitação, balizando as atividades futuras da sociedade, das partes processuais, dos advogados e dos magistrados. Além disso, possibilita o desestímulo à interposição de incidentes processuais, bem como a desistência de recursos eventualmente interpostos, tendo em vista ser fato notório que a ausência de critérios objetivos para a identificação de qual é a posição dos tribunais com relação a determinado tema incita a litigiosidade processual.

Ante o exposto, com fundamento nos arts. 46-A e 256-D do RISTJ, c/c o inciso I do art. 2º da Portaria STJ/GP n. 299 de 19 de julho de 2017, **distribua-se** este recurso. (e-STJ fls. 535/536.)

Processo redistribuído a minha relatoria em 4/9/2019 (e-STJ fl. 540).

Em 29/10/2019, a SEGUNDA SEÇÃO, por maioria, afetou o processo ao rito dos recursos repetitivos e, por unanimidade, "determinou a suspensão, em âmbito nacional, do andamento de todos os processos pendentes, individuais ou coletivos, que versem sobre a questão afetada (art. 1.037, II, do CPC/2015), mantida, no entanto a possibilidade de concessão de medidas urgentes pelas instâncias ordinárias", assim delimitada a controvérsia: "Definir quais condições assistenciais e de custeio de plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998" (e-STJ fls. 544/571). Determinou, entre outras providências, fosse "dada ciência, facultando-lhes manifestação, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 1.038, I, do CPC/2015, c/c art. 3º, I, da Resolução STJ n. 08/2008), às seguintes entidades: (i) Defensoria Pública da União – DPU, (ii) Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, (iii) Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE, (iv) Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, (v) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDC e (vi) Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor – BRASILCON" (e-STJ fl. 558).

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS protocolizou petição requerendo seu ingresso como *amicus curiae* e que seja reconhecido "que (i) a garantia à 'mesma cobertura assistencial' não confere direito adquirido do inativo ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho, podendo variar de acordo com o plano paradigma dos ativos; (ii) é lícito o rompimento dos subsídio arcados pelo empregador durante a relação empregatícia, o que não configura violação às condições assistenciais definidas no art. 2º, inciso II, da RN 279, cabendo ao ex-empregado o pagamento integral do prêmio/mensalidade; e (iii) é válida a utilização da cobrança do prêmio com base no custo por faixa etária para os planos tanto na modalidade pré-pagamento quanto na modalidade pós-pagamento, tudo nos termos do que disposto na RN 279" (e-STJ fl. 626).

Superior Tribunal de Justiça

A Federação Nacional de Saúde Suplementar – FANASAÚDE apresentou petição para sustentar sua qualidade de *amicus curiae* e requerer os direitos de despachar memoriais e de sustentar oralmente (e-STJ fls. 787/796). Na manifestação de fls. 1.078/1.123 (e-STJ), apresentou o seguinte resumo conclusivo:

(i) o art. 31 da LPS prevê um mecanismo atípico de perpetuação do vínculo jurídico decorrente do contrato de trabalho, mesmo em momento posterior à sua extinção.

(ii) É condição para o exercício desse direito a assunção pelo aposentado do *pagamento integral* do plano de saúde.

(iii) Dadas as complexidades do mercado de saúde suplementar e as diferentes modalidades de custeio dos planos de saúde nele comercializados (pré e pós-pagamento; enquadramento por faixa etária e preço único), a definição do que seja "*pagamento integral*" não é óbvia nem automática. Ao contrário, tal como explicado, nem sempre é possível se chegar a esse valor pela soma aritmética da parcela do empregador com a contribuição com a qual arcava o empregado. Até porque, sendo a modalidade de custeio a de pós-pagamento, sequer se poderá falar em parcela fixa subsidiada pela estipulante.

(iv) Cabe à ANS, no exercício de suas competências legais e se valendo de sua *expertise* técnica, regulamentar a previsão do art. 31 da LPS (e, na mesma toada, do art. 30 da Lei) para viabilizar a implementação do custeio integral do plano pelo inativo, sem perder de vista o equilíbrio sistêmico setorial.

(v) Consoante a RN 279, a solução encontrada pela Agência foi instituir um regime jurídico lastreado no enquadramento em faixas etárias dirigido àqueles que **voluntariamente** optarem pela manutenção como beneficiários, nas mesmas condições assistenciais.

(vi) A formação de preços escalonada não é ilegal. Na verdade, trata-se de metodologia já chancelada por este e. STJ, aferida com base em cálculo atuarial voltado a equalizar os elevados custos da população idosa com o custo mais baixo do grupo segurado mais jovem, não se revelando, *per se*, abusivo.

(vii) Conforme o § 2º do art. 15 do RN, os preços por faixa etária são disponibilizados com **antecedência** aos empregados ativos, para que tomem conhecimento das condições futuras de manutenção assistencial, garantindo-lhes elevado grau de previsibilidade.

(viii) Ao se sujeitar ao pagamento integral, é esperado que o preço pago pelo inativo seja mais elevado do que aquele pago até então, diante do término da subvenção ofertada pelo ex-empregador. A esse respeito, vale lembrar que este e. STJ já sedimentou o entendimento de que não há direito adquirido a regime de custeio dos planos de saúde.

(ix) Por fim, tal como explicitado acima, a passagem do empregado para a inatividade importa no reenquadramento (legítimo) do regime de seu custeio, nos termos da Lei nº 9.656/98 e da RN 279. Não se trata, portanto, de mero "reajuste", o que poderia induzir, equivocadamente, à conclusão da prática de abusividade nesses casos. (e-STJ fls. 1.100/1.101.)

A FENASAÚDE pede, ao final, a desafetação ou que a tese a ser aprovada:

i. estabeleça que os *direitos assistenciais* a que farão jus o aposentado e seus dependente **não** implicam a manutenção do beneficiária inativo no *mesmo* plano dos beneficiários ativos. Na realidade, deverão ser asseguradas as mesmas condições assistenciais definidas expressamente pela RN 279, no inciso II de seu artigo 2º; e, por fim,

ii. *quanto aos encargos financeiros que deverão ser suportados pelo beneficiário*

inativo, fixe-se a exegese segundo a qual o art. 31 da Lei nº 9.656/1998 não impõe que os preços sejam iguais aos dos funcionários ativos (i.e. Não há direito do inativo ao modelo de custeio praticado em relação aos ativos), considerando-se válido o modelo previsto na RN 279, pautado na adoção da tabela de preços por faixa etária como referencial para o cálculo do pagamento integral a ser suportado pelo beneficiário inativo, especialmente à luz das diferentes modalidades de custeio existentes no setor. (e-STJ fls. 1.121/1.122.)

O Dr. MAURÍCIO VIEIRA BRACKS, ilustrado Subprocurador-Geral da República, "opina pelo não provimento do recurso especial" (e-STJ fl. 842), estando o parecer assim ementado:

- Recurso especial submetido ao regime dos recursos repetitivos, nos termos do art. 1.036, do CPC/2015, que aponta negativa de vigência ao arts. 31, da Lei nº 9.656/1998.
- **Tese sugerida para os efeitos do art. 1.036, do CPC/2015:** Deve ser assegurado ao aposentado (inclusive aos dependentes deste) o direito de permanência no plano de saúde coletivo empresarial, nas mesmas condições que gozava por ocasião da vigência do contrato de trabalho (idêntica segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador), desde que assuma o pagamento integral da contribuição mensal, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano vigente para os beneficiários que continuam na ativa, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear.
- **Acerca do caso concreto**, no mérito, nenhuma censura merece o v. acórdão recorrido, porquanto demonstrado pelo Tribunal de origem que foi assegurado ao Recorrente o direito de se manter como beneficiária do plano de saúde coletivo administrado pela 1ª Recorrida, mediante o pagamento da integralidade das contribuições, em razão de sua condição de aposentada, sem que isso configure abusividade.
- Parecer pelo conhecimento parcial do presente recurso especial e, no mérito, pelo seu não provimento. (e-STJ fls. 830/831.)

UNIMED do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas requereu seu ingresso como *amicus curiae* e o direito de se manifestar posteriormente no processo (e-STJ fls. 905/957).

O Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor – BRASILCON protocolizou petição requerendo sua admissão como *amicus curiae*, inclusive para fins de sustentação oral, e "o acolhimento da tese fixando entendimento de que a manutenção das condições assistenciais aos ex-empregados, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, devem ser as mesmas previstas no contrato dos empregados ativos, em relação à segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador. Aos aposentados, o benefício deve estender-se por prazo indeterminado àqueles que contribuíram por período superior a dez anos ou proporcionalmente determinado aos anos de contribuição, aos períodos

Superior Tribunal de Justiça

inferiores. Quanto às condições de custeio, não deve haver distinção de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho quando se tratar de manutenção de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da aposentadoria" (e-STJ fls. 964/965).

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, igualmente se manifestando a título de *amicus curiae*, assim concluiu:

a) Quanto ao caso subjetivo:

O IDEC entende que o correto encaminhamento a ser dado por esta Corte Superior é o **provimento do Recurso Especial** interposto pelo consumidor, **Valmir Nascimento da Silva**, reformando-se o acórdão recorrido.

b) Quanto ao caso objetivo:

O IDEC entende que **a norma expressa no texto do artigo 31 da lei 9.656/98 é manter, sempre que possível, o vínculo contratual com o empregado inativo, frente à natureza do plano de saúde, cujo objetivo principal é assegurar a saúde do beneficiário e eventuais dependentes**. Ademais, tal norma é autoaplicável, e, no que tange à controvérsia objeto do presente Recurso Repetitivo, devem ser observados os seguinte parâmetros:

1. A projeção no tempo das mesmas condições de cobertura assistencial, mediante a assunção do pagamento do valor integral da contribuição por parte do ex-empregado, implica que **as condições de custeio do plano de saúde permanecerão idênticas às estipuladas no plano paradigma**, inclusive quanto à impossibilidade de criação de carteiras distintas.

a. Assim sendo, caso a contribuição tenha sido realizada dentro de 10 anos ou mais, o consumidor tem o direito de manter o plano indefinidamente, até o final de sua vida;

b. Caso o período de contribuição seja inferior a 10 anos, o tempo de permanência deve ser equivalente ao primeiro;

c. Além disso, o direito de permanência, conforme os itens anteriores, por certo, abrange todos os dependentes incluídos no contrato.

d. De destaque, ainda, a possibilidade de permanência no contrato em caso de morte do titular, conforme previsão do art. 30, § 3º da Lei 9.656/98.

2. A RN 279/11 está em dissonância com o art. 31 da Lei 9.656/98 e não pode implicar em interpretação restritiva dos direitos assegurados pela norma constante dos dispositivos legais em comento, sob pena de se ferir o artigo 84, inciso IV da Constituição Federal.

3. O reconhecimento da supremacia dos direitos dos consumidores e daqueles previstos no art. 31 da Lei 9.656/98 sobre as disposições constantes em contratos e convenções coletivas do trabalho. (e-STJ fls. 1.013/1.014.)

A Defensoria Pública da União – DPU, na condição de *amicus curiae*, protocolizou petição para requerer:

[...]

2 – Que v. Exas. reconheçam, quanto às condições assistenciais e de custeio previstas no art. 31 da Lei 9.656/98 o seguinte:

a – Direito à **manutenção** do aposentado **no mesmo plano de saúde** do qual já

Superior Tribunal de Justiça

era participante enquanto empregado;

b – Direito à **manutenção** das mesmas condições de **segmentação, cobertura, rede assistencial, padrão de acomodações, área de abrangência e fato moderador**, sem o estabelecimento de qualquer diferenciação, inclusive de coparticipação entre empregados ativos e aposentados;

c – Direito/dever de pagamento integral do valor cobrado, com a **manutenção** deste no mesmo importe do que é **cobrado do empregado ativo somado ao que é pago pela empresa em favor desse mesmo empregado ativo**. (e-STJ fls. 1.057/1.058.)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS requereu sua admissão como *amicus curiae* e, no mérito, afirma que o empregador poderá "contratar novo plano de saúde, o qual será exclusivo para aposentados e demitidos/exonerados sem justa causa" (e-STJ fl. 1.066).

Deferi os pedidos de intervenção como *amicus curiae* formulados por Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE, Unimed do Brasil – Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor – BRASILCON, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, Defensoria Pública da União – DPU e Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (e-STJ fls. 1.125/1.126).

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS postulou o seu ingresso nos autos como *amicus curiae* (e-STJ fls. 1.135/1.138).

A Unimed do Brasil manifestou-se "no sentido de que aos contratos de plano de saúde destinado aos inativos seja garantida a mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, e, simultaneamente, se permita a prática de condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos" (e-STJ fl. 1.201).

A Fundação São Francisco Xavier, entidade que atua como operadora de planos de saúde, também requereu sua intervenção como *amicus curiae*, pedindo sejam aprovadas as seguintes teses jurídicas:

I – a alocação de empregados ativos e aposentados em planos de saúde distintos não ofende o direito conferido pelo art. 31 da Lei n. 9.656/1998, cabendo tal decisão exclusivamente ao empregador, nos termos do art. 13 da resolução normativa ao empregador, nos termos do art. 13 da resolução normativa n. 279/2011 da ANS, norma regulatória lícitamente editada por agência reguladora competente (*supra*, n. 5). *Subsidiariamente*, considerando-se a impossibilidade de penalizar empregadores e/ou operadoras de planos de saúde quando a segregação for decorrente unicamente do cumprimento da Lei n. 9.656/1998, pede-se que seja permitida a separação ao menos nestes casos (*supra*, n. 6);

II – o direito à manutenção das "*condições assistenciais*", disposto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não garante ao aposentado direito adquirido ao modelo de custeio vigente à época da sua aposentadoria, estando sujeito às alterações no plano que lhe é oferecido, nos termos dos arts. 13, inc. II e 17 da resolução

Superior Tribunal de Justiça

normativa n. 279/2011 da ANS (*supra*, n. 7);

III – a obrigação de "*pagamento integral*" disposta no art. 31 da Lei n. 9.656/1998 impõe que o aposentado assuma junto à operadora *todos os custos* que gera para o sistema, inclusive aqueles decorrentes de sua faixa-etária, sem direito a subsídio ou patrocínio por parte do ex-empregador (*supra*, n. 8);

IV – na aplicação do disposto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998 deve ser observada a natureza de plano de saúde para a aferição da legalidade dos reajustes no valor das contribuições dos beneficiários aposentados, sendo vedada a aplicação do índice divulgado pela ANS aos planos coletivos, em especial àqueles na modalidade de autogestão (*supra*, n. 9).

V – *Subsidiariamente*, deve-se permitir a aplicação das teses expostas nos itens acima (I a IV) ao menos quando se tratar de plano de saúde operado na modalidade de *autogestão e sem fins lucrativos*, com o direcionamento da totalidade das contribuições à prestação de assistência médica aos beneficiários (*supra*, n. 10); (e-STJ fls.1.244/1.245.)

Admiti o ingresso da Fundação São Francisco Xavier e da UNIDAS como *amicus curiae* (e-STJ fls. 1.310/1.311 e 1.312/1.313).

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS protocolizou petição manifestando-se sobre o mérito, concluindo que "(i) é legal a possibilidade do empregador optar em contratar plano distinto – exclusivo – para os inativos em relação aos ativos, à luz das regras técnicas criadas pela ANS, esculpidas em sua RN nº 279, de 2011, no uso de suas atribuições e competências legais; (ii) a expressão '*mesmas condições assistenciais de cobertura*' (art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998) não diz respeito ao custeio do plano, como definição dada pela ANS; (iii) a subsistência financeira dos planos operados por Autogestão, que não detém fins lucrativos, implica diretamente em como é atualmente é tratada a questão, podendo gerar um desequilíbrio desenfreado caso seja obrigatório manter o beneficiário inativo no mesmo plano do ativo, nas mesmas condições de custeio" (e-STJ fl. 1.342).

A FENASAÚDE protocolizou petição juntando parecer técnico "que tem por objeto, justamente, a explanação didática e objetiva de elementos conceituais e econômicos indispensáveis à apreciação da presente controvérsia" (e-STJ fl. 1.392).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.487 - SP (2019/0159691-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS
AUTOMOTORES LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO
CONSUMIDOR - BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS
MED - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821
MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO
EM SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680

EMENTA

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS
APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART.

31 DA LEI N. 9.656/1998. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia

Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015

a) "Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial."

b) "O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

c) "O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

3. Julgamento do caso concreto

Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, apesar de vinculados a plano de saúde administrado por uma única operadora, encontram-se inseridos em categorias distintas, sendo diversas a forma de custeio e os valores de contribuição.

4. Recurso especial a que se dá provimento.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.487 - SP (2019/0159691-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS
AUTOMOTORES LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR -
FENASAÚDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO
CONSUMIDOR - BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS
MED - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821
MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO
EM SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA (Relator): O ora recorrente, Valmir Nascimento da Silva, aposentado, propôs ação de obrigação de fazer contra Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A. e contra Volkswagen do Brasil – Indústria de Veículos Automotores Ltda., asseverando que "ingressou na empresa Volkswagen do Brasil em 24/02/1987 e foi imotivadamente demitido em 03/04/2017, prorrogando o contrato de trabalho até 03/07/2017 em função do aviso prévio". Explicou que, "no decorrer do contrato de trabalho, ou seja em 13/03/2017, aposentou-se por tempo de contribuição" (e-STJ fl. 2). Descreveu assim a causa de pedir:

O autor foi beneficiário desde o início de seu contrato de trabalho, bem como seus dependentes do Plano de Saúde ofertado pela Volks, tendo permanecido nesse plano por mais de 30 anos, conforme comprovam os documentos anexados.

Ao ser demitido o autor contribuía com o percentual de 3% (três por cento) de seus rendimentos a título de Assistência Médica, que correspondia à monta de R\$ 217,01 (duzentos e dezessete reais e um centavo).

Cabe obter que o supramencionado valor descontado de seu ordenado a título de Plano Médico, diz respeito ao custeio do Plano de Saúde para o Autor e seus dependentes, referindo-se tão somente a sua cota parte.

Contudo, por ter sido imotivadamente demitido e ser aposentado, tendo contribuído para o convênio médico empresarial por período superior há 10 (dez) anos, o autor tem direito de permanecer no convênio médico por prazo indeterminado no mesmo padrão, assumindo o pagamento total da prestação, conforme legislação vigente.

[...]

Importante esclarecer que por vários anos o Autor utilizou-se do plano administrado pela corre Volkswagen denominado como autogestão, onde eram somados os gastos e dividido pelos números de beneficiários, sem considerar a faixa etária para cálculo do custeio do plano. Entrementes, a partir de janeiro de 2016 a corre contratou a corre Mediservice como seguradora do plano de saúde, utilizando a faixa etária para cálculo da mensalidade apenas para o plano inativo.

[...]

Pela leitura da Cláusula 11.7 e do anexo nº 002 do contrato é possível inferir que a Volks para a Mediservice pelos serviços prestados o valor correspondente a R\$ 17,50 (dezessete reais e cinquenta centavos) por usuário beneficiado, ou seja, enquanto o funcionário está na ativa o valor pago pela empresa para mantê-lo no plano, bem como cada um de seus dependentes corresponde a apenas R\$ 17,50 (dezessete reais e cinquenta centavos) por pessoa; entrementes, como dissemos linhas atrás, efetua o desconto do salário do autor no valor correspondente a 3% de seu salário.

Por outro lado, ao ser demitido, o critério de cobrança do valor do plano passa a ser diferenciado, conforme se depreende pela leitura da cláusula 14 e do anexo nº 004 do indigitado contrato, uma vez que textualmente se encontra inserto no item "1" do referido anexo que: "A tabela adiante apresenta os valores de custos por faixa etária a serem aplicados aos usuários inativos, demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes..." (textual).

Como se percebe, o critério de cobrança para os inativos é diferente do critério usado para os ativos, e não observa os ditames da Lei 9656/98, uma vez que a referida lei permite a permanência do aposentado no plano de saúde, pagando o valor que era descontado de seu salário acrescido da cota custeada pela empresa, e no caso concreto, o único valor pago pela Volks era o correspondente a R\$ 17,50 por pessoa.

Superior Tribunal de Justiça

[...]

Quando ocorreu a rescisão do contrato de trabalho, a corrê Volks comunicou ao Autor quanto à possibilidade de aderir ao plano de saúde coletivo contratado pela empresa, através do plano denominado "plano de saúde INATIVO Mediservice", nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho (padrão de plano e grupo familiar), desde que assumisse os valores ofertados, os quais foram indicados na tabela entregue ao autor e copiada abaixo:

[...]

Apesar de não concordar com os valores cobrados, o autor declarou sua anuência quanto aos termos propostos pelas rés, para permanecer vinculado ao plano de saúde, conforme atesta o documento anexado.

[...]

Como dito alhures, apesar de ter consignado sua anuência, o autor não concorda com o valor cobrado pela ré, vez que de acordo com a tabela fornecida, considerando as idades do autor e de seus dependentes, o seu plano de saúde atinge o valor de R\$ 1.104,67, o que corresponde a um aumento de mais de 409%. Destaca-se que além da mensalidade, foi estabelecida neste novo plano uma coparticipação em todos os procedimentos cobertos pelo plano de saúde, além da cobrança por faixa etária, que não é e não era feita no plano de saúde da ativa, e no quadro abaixo é possível inferir a discrepância entre o valor pago pelo autor durante o contrato de trabalho e o valor atualmente cobrado pelo plano:

<u>Último pagamento realizado de</u>	<u>Valor cobrado pelo plano para manter o autor no plano de saúde</u>	<u>Diferença apurada, o que representaria a cota parte do empregador</u>	<u>Percentual aumento</u>
<u>pele autor referente ao plano de saúde (apenas sua cota parte)</u>	<u>o autor no plano de saúde</u>	<u>cota parte do empregador</u>	
R\$ 217,01	R\$ 1.104,67		R\$ 887,96
490%			

Portanto, o valor exigido pelas corrés para manterem o autor no plano de saúde evidencia uma total discrepância com o valor que era cobrado dele enquanto empregado, vez que pela tabela apresentada, com a qual NÃO CONCORDA, a parte que a empresa assumia era de R\$ 887,96, evidenciando um grande despautério! Pois, num universo de milhares de funcionários esse quadro já teria levado a empresa à bancarrota!

Desse modo, o autor diante das divergências entre o determinado pela Lei e o proposto pela ré, vem se socorrer ao Poder Judiciário para se manter (bem como seus dependentes) no plano de saúde nas mesmas condições e valores (assumindo a cota parte paga pela empregadora) anteriores à sua demissão. (e-STJ fl. 2/5.)

Afirmou ser ilegal o reajuste por faixa etária e demonstra assim o valor que entende justo a título de mensalidade a ser paga ao plano de saúde:

[...] em que pese o irrisório valor pago pela Volks para custeio do plano de saúde e, considerando que o autor pagava o valor de R\$ 217,01, que era descontado do salário; entende o autor que o valor a ser pago por ele, considerando a soma de sua cota e a da empresa, deve corresponder ao dobro do que era descontado de seu salário, ou seja R\$ 434,02 (quatrocentos e trinta e quatro reais e dois centavos), para a sua permanência e dependentes, nos moldes do art. 31 da Lei

9.656/98. (e-STJ fl. 6.)

No mérito, deduziu os seguintes pedidos:

- f) Declarar a ilegalidade do art. 15 da Norma Regulamentar NR 279 da ANS, uma vez que a referida norma contraria as disposições previstas na Lei 9656/98.
- g) Ao final, confirmando a tutela antecipada, sejam julgados procedentes os pedidos para condenar as rés na OBRIGAÇÃO DE FAZER, em dar continuidade, por prazo indeterminado, ao convênio médico, no mesmo padrão e assumindo o custo total do plano (cota do autor + cota da empresa), uma vez que o autor é aposentado e contribuiu por mais de 10 (dez) anos, fazendo "jus" a se manter por prazo indeterminado no plano médico, bem como seus dependentes, fixando como definitivo o valor de R\$ 434,02 (quatrocentos e trinta e quatro reais e dois centavos), ou no valor compatível com a soma de sua cota e da cota de sua ex-empregadora.
- h) Compelir também as rés a não realizarem as cobranças e os reajustes com base na variação por faixa etária, pois afronta os termos da Lei 9656/98, e esse critério não é adotado para os funcionários da ativa e não era adotado enquanto o autor era empregado, devendo a cobrança ser realizada nos mesmos moldes enquanto o autor era empregado, assumindo a cota parte da empresa.
- i) De qualquer forma, condenar a ré a manter o autor e seus dependentes no plano de saúde, por prazo indeterminado, mesmo que o valor apurado para pagamento ao final da instrução processual seja diferente do postulado pelo autor, eis que é aposentado e contribuiu para o plano por mais de 10 (dez) anos. (e-STJ fl. 16.)

À causa, ajuizada em 15/12/2017, foi dado o valor de R\$ 5.208,24 (cinco mil e duzentos e oito reais e vinte e quatro centavos).

A ação foi julgada improcedente, anotando-se na sentença, inicialmente, que, "na hipótese dos autos, [...] o plano gerido e administrado pela em-empregadora (autogestão), que era destinado apenas aos empregados ativos, foi encerrado, isto é, não mais existe. Por consequência da extinção do plano de saúde mantido pela VOLKSWAGEN DO BRASIL INDÚSTRIA DE VEÍCULOS AUTOMOTORES LTDA, toda a carteira de beneficiários (ativos e inativos) foi migrada para o plano de saúde operado pela MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A (págs. 237/238), nos termos da deliberação aprovada em assembleia do sindicato da categoria profissional do autor (pág. 308)" (e-STJ fl. 387). O magistrado adotou os seguintes fundamentos:

A ex-empregadora ofereceu ao autor "o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho". Não há qualquer ressalva de restrição à rede cedenciada de atendimento. Com isso, o valor integral da prestação mensal deverá corresponder à mensalidade do novo plano de saúde MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A, válido para ativos e inativos.

Em situação análoga, caso de plano de saúde da empresa General Motors, o Superior Tribunal de Justiça entendeu que a mudança para um novo plano, a englobar ambas as categorias de segurados (ativos/inativos), não afasta a obrigação dos inativos de pagar o valor integral da prestação:

[...]

O valor incontroverso da prestação mensal (R\$ 1.104,67 – pág. 33) corresponde ao

novo plano para dois beneficiários (autor + esposa), ambos com mais de 50 anos de idade (pág. 04). Não se justifica a revisão da prestação, que não é abusiva e também não destoa de outros valores praticados pelas operadoras no mercado de consumo.

[...]

A migração operada pela ex-empregada para o plano de saúde MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S/A, com forma de custeio pautado em faixas etárias e com as mesmas condições de cobertura ao do antigo plano, é lícita. "Não há ilegalidade na migração de inativo de plano de saúde se a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos em justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inexistência do modelo antigo" (STJ, acórdão supramencionado). (e-STJ fls. 387/389.)

O TJSP negou provimento à apelação do autor descrevendo os fatos da causa assim:

O autor foi empregado da Volkswagen do Brasil – Indústria de Veículos Automotores Ltda. no período de 24 de fevereiro de 1987 a 2 de julho de 2017 (fls. 22), tendo sido aposentado por tempo de contribuição em 13 de março de 2017 (fls. 26), mantendo-se empregado até dispensa sem justa causa. Foi, assim, beneficiário do plano de saúde oferecido pela empregadora desde sua admissão até a data da rescisão do contrato de trabalho.

Anote-se que, em janeiro de 2016, houve o encerramento do plano de autogestão mantido pela Volkswagen, com a migração da carteira de beneficiários, ativos e inativos, para o plano médico Mediservice (fls. 35/97). E, por ocasião da rescisão do contrato de trabalho, foi facultada ao autor a possibilidade de aderir ao "plano de saúde inativo Mediservice", nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato, desde que assumisse integralmente o pagamento do prêmio.

A despeito de não concordar com os valores cobrados pelo novo plano (R\$ 1.104,67), o autor manifestou a sua anuência, arcando integralmente com o valor do prêmio.

Pretende agora a manutenção da sua condição de beneficiário do plano de saúde que vigia à época em que era empregado, insurgindo-se contra o aumento da mensalidade cobrado pela Mediservice, além de pugnar pela impossibilidade de reajuste por faixa etária.

É incontroverso que o autor se enquadra na situação prevista no artigo 31, da Lei 9.656/98 [...]

Ressalta-se que a expressão "mesmas condições de cobertura assistencial" significa mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, aérea geográfica de abrangência e fator moderador, se houve, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos, conforme Resolução Normativa 279/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Nesse sentido, o Colendo Superior Tribunal de Justiça, em recente julgado, manifestou-se pela legalidade da referida resolução e também pela possibilidade de a ex-empregadora contratar planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e inativos, desde que mantida a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial, como se verifica pelo precedente invocado pelo magistrado de 1º grau:

[...]

Superior Tribunal de Justiça

Assim, revela-se descabida a pretensão do autor de lhe ser cobrado valores que eram pagos pela empregadora na época em que fazia parte dos quadros de funcionários da empresa, devendo enquadrar-se nessa nova realidade.

[...]

Diante disso, para que o autor possa continuar no plano de saúde oferecido pela corré Mediservice, deve submeter-se ao contrato atualmente vigente, de acordo com as suas especificações.

No tocante ao valor do prêmio, mostra-se bastante razoável a mensalidade cobrada do autor (R\$ 1.104,67), " (e-STJ fls. 462/466.)

Nos Recursos Especiais n. 1.680.318/SP e 1.708.104/SP, processados sob o rito dos arts. 1.036 e 1.037 do CPC/2015, da relatoria do em. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, esta SEGUNDA SEÇÃO aprovou 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 tampouco se enquadrando como salário indireto."

No presente caso, diversamente do que ocorreu nos mencionados recursos repetitivos, o ex-empregado, atualmente aposentado, também custeava o plano de saúde, cabendo definir, conforme precisamente destacado pelo em. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Presidente da Comissão Gestora de Precedentes, "quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998". Essas condições dizem respeito, no meu entendimento, (i) ao tempo de permanência no plano, se por prazo determinado ou indeterminado, (ii) aos direitos assistenciais a que terá direito ao ex-empregado e seus dependentes, (iii) aos encargos financeiros que serão suportados pelo ex-empregado.

Tais pontos devem ser enfrentados, a título de teses, antes de decidir o caso concreto, cabendo destacar que a norma legislativa que disciplina – em relação ao empregado que se aposenta – a permanência no plano de saúde do ex-empregado é o art. 31 da Lei n. 9.656/1998, combinado com o art. 1º, inciso I e § 1º, e com os §§ 2º a 6º do art. 30 do mesmo diploma, que estabelecem:

Art. 1º. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser

paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor;

[...]

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusividade financeira, tais como:

- a) custeio de despesa;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais.

[...]

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

[...]

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no *caput* deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

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.

§ 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.

§ 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.

Anoto que o presente recurso não trata de mera exoneração ou rescisão do

contrato de trabalho sem justa causa, descabendo interpretar o *caput* do art. 30 da Lei n. 9.656/1998.

I. TEMPO DE MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO APOSENTADO COMO BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SAÚDE – PRAZO DETERMINADO OU INDETERMINADO – CONTAGEM DO PRAZO DECENAL

Conforme dispõe o § 1º do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, quando o ex-empregado, aposentado, tiver contribuído por menos de 10 (dez) anos para o plano de saúde oferecido pelo ex-empregador, poderá permanecer como beneficiário durante prazo determinado, calculado proporcionalmente "à razão de um ano para cada ano de contribuição".

Aplica-se o *caput* do mencionado art. 31, por sua vez, quando realizadas contribuições por período igual ou superior a 10 (dez) anos, não havendo delimitação do prazo de permanência. Com isso, o ex-empregado continuará vinculado ao plano por prazo indeterminado.

Destaco que o dispositivo faz menção ao período de contribuição a produtos de assistência médica, hospitalar e odontológica oferecidos pelo ex-empregador genericamente, em plano privado de assistência à saúde inespecífico. Tal contribuição não diz respeito a uma operadora determinada nem a uma precisa modalidade de prestação de serviço e de custeio, que podem ser substituídas sempre que necessário à existência e à viabilidade do plano assistencial mantido no âmbito do respectivo ex-empregador.

Com isso, mudanças de operadora do plano de saúde, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não interferem como marcos interruptivos na contagem do prazo de 10 (dez) anos, necessário à aquisição pelo ex-empregado aposentado do direito de permanecer no plano por tempo indeterminado. Não for assim, impossível será ao empregado alcançar o decênio legal. Sabidamente, no decorrer de uma década são necessários ajustes para a manutenção do equilíbrio de um plano assistencial à saúde, sobretudo diante das vicissitudes do cenário econômico.

A propósito, a Resolução Normativa n. 279, de 24/11/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, adota essa mesma orientação no que se refere à mudança de operadora pelo empregador, assim dispondo no art. 23, *caput*.

Art. 23. No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do

Superior Tribunal de Justiça

empregador com as várias operadoras.

Essa matéria, embora não tenha sido objeto de tese aprovada pela SEGUNDA SEÇÃO nos julgamentos do REsp n. 1.680.318/SP e do REsp n. 1.708.104/SP, processados como repetitivos, foi assim enfrentada no voto do eminente Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, proferido nos respectivos embargos de declaração, rejeitados:

Com efeito, a matéria afetada como repetitiva apenas abrangeu os casos em que os planos de saúde coletivos eram custeados exclusivamente pelo empregador, de modo que as hipóteses em que o empregado contribuiu em algum momento durante a vigência do contrato de trabalho não foram abordadas, exceto a situação retratada na Súmula Normativa nº 8/ANS.

De qualquer maneira, os aludidos casos estão regulamentados nos arts. 6º, § 2º, 23 e 24 da RN ANS nº 279/2011, a seguir transcritos:

"Art. 6º Para fins dos direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e observado o disposto no inciso I do artigo 2º desta Resolução, também considera-se contribuição o pagamento de valor fixo, conforme periodicidade contratada, assumido pelo empregado que foi incluído em outro plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em substituição ao originalmente disponibilizado sem a sua participação financeira.

§ 1º Os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicam na hipótese de planos privados de assistência à saúde com característica de preço pós-estabelecido na modalidade de custo operacional, uma vez que a participação do empregado se dá apenas no pagamento de co-participação ou franquia em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

§ 2º Ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão, exoneração sem justa causa ou aposentadoria, é assegurado ao empregado os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, na proporção do período ou da soma dos períodos de sua efetiva contribuição para o plano privado de assistência à saúde." (grifou-se)

"Art. 23 No caso de oferecimento de plano privado de assistência à saúde pelo empregador mediante a contratação sucessiva de mais de uma operadora, serão considerados, para fins de aplicação dos direitos previstos no art. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, os períodos de contribuição do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado decorrentes da contratação do empregador com as várias operadoras.

Parágrafo único. O disposto no caput somente se aplica aos contratos da cadeia de sucessão contratual que tenham sido celebrados após 1º de janeiro de 1999 ou tenham sido adaptados à Lei nº 9.656, de 1998." (grifou-se)

"Art. 24. Os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados e seus dependentes, beneficiários do plano privado de assistência à saúde anterior, deverão ser incluídos em plano privado de

assistência à saúde da mesma operadora contratada para disponibilizar plano de saúde aos empregados ativos, observado o disposto no artigo 14 desta Resolução."

Assim, os períodos de contribuição do trabalhador ao plano de saúde sempre devem ser considerados para fins de aplicação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, mesmo que na época da demissão sem justa causa ou da aposentadoria o regime de custeio seja diverso.

Dessa forma, verifica-se que não há nenhuma omissão ou contradição na tese repetitiva aprovada pela Segunda Seção, já que se limitou ao tema estritamente afetado. (Acórdãos publicados no DJe 29/10/2018.)

Nesse contexto, é oportuno que a questão tratada neste item seja objeto de tese jurídica a ser votada por esta SEÇÃO.

A tese que proponho, nessa parte, com as sugestões apresentadas pelo eminente Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, é a seguinte: **Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial.**

II. DIREITOS ASSISTENCIAIS A QUE TEM DIREITO O EX-EMPREGADO APOSENTADO E ENCARGOS FINANCEIROS (CUSTEIO) QUE DEVERÁ SUPORTAR

Em um modelo de plano de assistência à saúde no qual os beneficiários, independentes entre si e de origens diversas, não estão vinculados a um mesmo empregador, o custeio do sistema de proteção tem como fonte o pagamento das mensalidades efetuado pelos próprios segurados.

Nos casos em que a contratação é feita pelo empregador em favor de seus empregados, o art. 31 da Lei n. 9.656/1998 estipula um sistema fechado no qual os beneficiários inativos terão "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 assumam o seu pagamento integral".

Essa simetria só é efetiva quando a forma, o modelo e o valor de custeio forem os mesmos naquele universo de beneficiários – ativos e inativos –, observadas as distinções próprias do plano, em especial as faixas etárias.

Do contrário, no caso de o inativo ser compelido a efetuar o pagamento de mensalidades em muito superiores àquelas exigidas dos trabalhadores em atividade, não se estará diante da mesma cobertura. Inevitavelmente, o segurado será forçado a procurar alternativa (no mercado), a despeito da previsão legal que lhe garante a

manutenção do vínculo.

Em tal circunstância, vale dizer, a disposição do art. 31 da lei de regência e todo o período anterior de contribuição – no mínimo, 10 (dez) anos, que se presume seja também importante para preservar o equilíbrio atuarial do plano, cujos cálculos para sua manutenção são de responsabilidade da operadora – tornar-se-iam ineficazes, desprezando a teleologia que motivou a edição da norma.

De fato, a proteção oferecida pelos planos de saúde é sustentada por meio do mutualismo que resulta das contribuições efetuadas pelos ativos – quase sempre mais jovens, demandando menos recursos do sistema – e também pelos inativos, que após o transcurso do prazo mínimo de um decênio, passam a ter o direito de gozar do benefício legal e permanecer no plano como se ativo fosse.

E é exatamente por força desse mutualismo que não há comprometimento da viabilidade econômico-financeira do plano. Isso porque o equilíbrio é alcançado, nos termos da formatação legal, por meio do saldo positivo (superávit) que resulta do pagamento feito pelos trabalhadores da ativa, a despeito da menor utilização dos serviços do plano. Em contrapartida, os inativos demandam mais os serviços de saúde, todavia desembolsando um pagamento proporcionalmente inferior, com possível déficit.

Sob esse enfoque, destaco a possibilidade de adoção, para todos, de tabela de contribuição por faixa etária. Em tal forma de custeio, ativo e inativo com a mesma idade recolherão mensalmente igual valor de contribuição, sendo devido pelo aposentado, também, custear a importância subsidiada pelo ex-empregador aos empregados ainda na atividade. Eventuais abusividades em cláusulas de reajustes de mensalidades por mudança de faixa etária poderão ser questionadas judicialmente nos termos do que foi decidido por esta SEGUNDA SEÇÃO no julgamento do REsp n. 1.568.244/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, DJe 19/12/2016, sob o rito do art. 1.036 e seguintes do CPC/2015.

Existe, ainda, a possibilidade de o empregador, por ausência de vedação legal, subsidiar os inativos, conforme prevê o parágrafo único do art. 20 da RN n. 279/2011 – ANS, com o seguinte teor:

Art. 20. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados será financiado integralmente pelos beneficiários.

Parágrafo único. É permitido ao empregador subsidiar o plano de que trata o *caput* ou promover a participação dos empregados ativos no seu financiamento, devendo o valor correspondente ser explicitado aos beneficiários.

Há de se reputar como ilegais, dessarte, as disposições contidas nos arts. 13, II, 17, 18 e 19 da RN n. 279/2011, que, contrariando a norma do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, autorizam a constituição de um plano de saúde específico para os inativos,

com valores superiores àqueles desembolsados pelos empregados da ativa. Confirmam-se:

Art. 13. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

[...]

II – contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do artigo 17, separado do plano dos empregados ativos.

Art. 17. O plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e aposentados deverá ser oferecido pelo empregador mediante a celebração de contrato coletivo empresarial com a mesma operadora, exceto na hipótese do artigo 14 desta Resolução, escolhida para prestar assistência médica ou odontológica aos seus empregados ativos.

Parágrafo único. O plano de que trata o *caput* deverá abrigar os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa e os aposentados.

Art. 18. O plano privado de assistência à saúde de que trata o artigo anterior deverá ser oferecido e mantido na mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

Parágrafo único. É facultada ao empregador a contratação de um outro plano privado de assistência à saúde na mesma segmentação com rede assistencial, padrão de acomodação e área geográfica de abrangência diferenciadas daquelas mencionadas no *caput* como opção mais acessível a ser oferecida juntamente com o plano privado de assistência à saúde de que trata o *caput* para escolha do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado.

Art. 19. A manutenção da condição de beneficiário em plano privado de assistência à saúde exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá ocorrer com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos.

§ 1º É vedada a contratação de plano privado de assistência à saúde de que trata o *caput* com formação de preço pós-estabelecida.

§ 2º A participação financeira dos ex-empregados que forem incluídos em plano privado de assistência à saúde exclusivo para demitidos ou exonerados em justa causa ou aposentados deverá adotar o sistema de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária.

Enfim, a correta aplicação do art. 31 da Lei n. 9.656/1998 pressupõe que ativos e inativos sejam inseridos em um modelo único de plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais, no que se inclui paridade na forma e nos valores de custeio, ressaltando-se apenas que ao inativo caberá recolher a parcela própria acrescida daquela que for devida pelo ex-empregador em favor dos ativos. A propósito, cito os seguintes precedentes da TERCEIRA TURMA que vedam expressamente a separação de planos para ativos e inativos:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1.

MANUTENÇÃO DE EMPREGADO APOSENTADO. MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL. ART. 31 DA LEI 9.656/1998. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE. 2. ENTENDIMENTO RECENTE FIRMADO NO ÂMBITO DA TERCEIRA TURMA DO STJ. 3. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO.

1. Recentemente, a Terceira Turma do STJ passou a compreender que o comando normativo dos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 determina que o pagamento integral deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, somado à parte antes subsidiada pela ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade e eventuais reajustes legais para manutenção do equilíbrio do contrato de plano de saúde, cativo e de longa duração (*ut* REsp 1.713.619/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 16/10/2018, DJe 12/11/2018; REsp 1.716.027/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 11/12/2018, DJe 13/12/2018).

2. Compreendeu-se, em tais oportunidades, que o art. 19 da Resolução Normativa n. 279/2011 da ANS, ao autorizar a manutenção do ex-empregado no plano de saúde de sua antiga empregadora "com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos", desbordou por completo da Lei 9.656/1998 e, por consectário, de sua função regulamentar, ao restringir direito assegurado na aludida lei.

3. Agravo interno de BRADESCO SAÚDE S.A. improvido. (AgInt no REsp n. 1.813.718/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, DJe 20/3/2020.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PREQUESTIONAMENTO. AUSÊNCIA. CONSONÂNCIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ.

[...]

4. O art. 31 da Lei 9.656/1998, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da ANS, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E não faz distinção entre "preço" para empregados ativos e empregados inativos. O "pagamento integral" da redação do art. 31 da Lei 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais. Precedentes.

5. Ante o entendimento dominante dos temas nas Turmas de Direito Privado, aplica-se, no particular, a Súmula 568/STJ.

6. Agravo interno no recurso especial não provido. (AgInt no REsp n. 1.757.199/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 23/10/2019.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANOS DE SAÚDE. EMPREGADO APOSENTADO. MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL. ART. 31 DA LEI 9.656/98. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES.

AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. (Ag Int no REsp n. 1.755.308/SP, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, DJe 3/10/2019.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONSONÂNCIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A

JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ.

[...]

2. O art. 31 da Lei 9.656/1998, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da ANS, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E não faz distinção entre "preço" para empregados ativos e empregados inativos. O "pagamento integral" da redação do art. 31 da Lei 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais. Precedentes. Ante o entendimento dominante dos temas nas Turmas de Direito Privado, aplica-se, no particular, a Súmula 568/STJ.

3. Agravo interno no agravo em recurso especial não provido. (AgInt no AREsp n. 1.435.061/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 26/9/2019.)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC.** AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MANUTENÇÃO NO PLANO DE SAÚDE PELO MESMO VALOR COBRADO À ÉPOCA DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO, ACRESCIDO DA PARTE SUBSIDIADA, NOS TERMOS DO ART. 31 DA LEI Nº 9.656/98. VALOR DA MENSALIDADE FIXADO COM BASE NO CONTRATO CELEBRADO PARA OS FUNCIONÁRIOS ATIVOS COM GARANTIA DA MESMA COBERTURA ASSISTENCIAL, PREÇO E REAJUSTES APLICADOS AOS ATIVOS. PRECEDENTES, SÚMULA Nº 568 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO, COM IMPOSIÇÃO DE MULTA.

[...]

2. O "pagamento integral" da redação do art. 31 da Lei nº 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais.

3. O art. 31 da Lei nº 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, não alude à possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos, tampouco a diferenciação nos preços pagos.

[...]

6. Agravo interno não provido, com imposição de multa. (AgInt no REsp n. 1.600.189/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, DJe 12/6/2019.)

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. MANUTENÇÃO DE EMPREGADO APOSENTADO. MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL. ART. 31 DA LEI 9.656/98. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE. 2. ÔNUS SUCUMBENCIAIS. OBSERVÂNCIA DO PRINCÍPIO DA CAUSALIDADE. 3. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Consoante a jurisprudência desta Corte, "o art. 31 da Lei 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da ANS, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E, quanto ao ponto da insurgência recursal, não faz distinção entre "preço" para empregados ativos e empregados inativos" (REsp n. 1.716.027/SP, Rel. Ministra Nancy Nadrighi, Terceira Turma, julgado em 11/12/2018, DJe 13/12/2018).

- 1.1. Portanto, o pagamento integral, a que alude o art. 31 da Lei 9.656/98, corresponderá ao valor da contribuição do ex-empregado e da parte paga por sua ex-empregadora enquanto vigente seu contrato de trabalho, conforme os preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais.
2. De acordo com o princípio da causalidade, a parte que se opor ao pedido da exordial deverá arcar com os ônus sucumbenciais.
3. Agravo interno desprovido. (AglInt nos EDcl no AREsp n. 1.246.394/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, DJe 15/6/2019.)

DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. VIOLAÇÃO DE DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL DESCABIMENTO. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO OU OBSCURIDADE. NÃO INDICAÇÃO. SÚMULA 284/STF. PLANOS DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE EMPREGADO APOSENTADO. MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL. ART. 31 DA LEI 9656/98. RESOLUÇÃO NORMATIVA 279/2011 DA ANS. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS RECURSAIS. MAJORAÇÃO.

[...]

6. O art. 31 da Lei 9.656/1998, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da ANS, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E, quanto ao ponto da insurgência recursal, não faz distinção entre "preço" para empregados ativos e empregados inativos.

7. O "pagamento integral" da redação do art. 31 da Lei 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais. Precedentes.

[...]

RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE CONHECIDO E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO. (REsp n. 1.716.027/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 13/12/2018.)

DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANOS DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE EMPREGADO APOSENTADO. MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL. ART. 31 DA LEI 9656/98. RESOLUÇÃO NORMATIVA 279/2011 DA ANS. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE.

1. Ação ajuizada em 15/01/16. Recurso especial interposto em 02/05/2017 e autos conclusos ao gabinete em 15/12/17. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal é definir o alcance da determinação legal "mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral", expressa no art. 31 da Lei 9.656/98, para o aposentado ou o demitido sem justa causa mantido no plano de saúde fornecido por seu ex-empregador.

3. Da análise da redação dos arts. 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, infere-se o interesse do legislador em proteger a saúde do ex-empregado, demitido sem justa causa ou aposentado, com sua manutenção como beneficiário do plano privado de assistência à saúde usufruído em decorrência da relação de emprego nas "mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência

do contrato de trabalho”.

4. O art. 31 da Lei 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da ANS, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos. E, quanto ao ponto da insurgência recursal, não faz distinção entre “preço” para empregados ativos e empregados inativos.

5. O “pagamento integral” da redação do art. 31 da Lei 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais. Precedentes.

6. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários recursais. (REsp n. 1.713.619/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, DJe 12/11/2018.)

No âmbito da QUARTA TURMA, no mesmo sentido, menciono os seguintes precedentes:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO VOLTADA À MANUTENÇÃO DE EMPREGADO APOSENTADO EM PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. IMPOSSIBILIDADE.

1. Na hipótese do artigo 31 da Lei n. 9.656/98, mantidas as condições de cobertura assistencial da ativa, não há que se falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano de saúde coletivo empresarial vigente à época do contrato de trabalho, revelando-se lícita sua migração para novo plano se necessário o redesenho do sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), afastadas a onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso (**REsp 1.479.420/SP**, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 01.09.2015, DJe 11.09.2015).

2. Tal exegese não significa, contudo, que os empregadores possam contratar plano de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados com condições de reajuste, preço e faixa etária diferenciadas do plano de saúde dos empregados da ativa, malgrado assim preceituem os artigos 13, inciso II, 17, 18 e 19 da Resolução ANS 279/2011, que, claramente, contrariam o princípio da hierarquia das leis, ao restringirem direito garantido pela norma jurídica que regulamentam (no caso, o artigo 31 da Lei 9.656/98, cuja teleologia reclama o respeito ao mutualismo entre as contribuições de ativos e de inativos).

3. Nesse quadro, a correta aplicação do citado dispositivo legal impõe a inserção de ativos e inativos em um modelo único de plano de saúde, com as mesmas condições assistenciais, observada a paridade na forma e nos valores de custeio, cabendo ao ex-empregado arcar com o pagamento integral, isto é, a parcela própria acrescida da parte subsidiada pela ex-empregadora em favor dos funcionários em atividade.

4. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.573.911/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe 3/11/2020 – grifei.)

DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DEMANDA PELA PERMANÊNCIA DE APOSENTADO EM PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ARTS. 30 E 31 DA LEI 9.656/1998. JURISPRUDÊNCIA SEDIMENTADA. SÚMULA 83/STJ. ART. 31, *CAPUT*, DA LEI 9.656/1998. VALOR CONSIDERADO COMO PAGAMENTO INTEGRAL.

PRECEDENTES. CONDIÇÕES DA MIGRAÇÃO DO CONTRATO. ABUSIVIDADE. REEXAME. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULAS 5 E 7/STJ. DECISÃO MONOCRÁTICA INALTERADA. RECURSO QUE DEIXA DE IMPUGNAR ESPECIFICAMENTE OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO ORA AGRAVADA. INCIDÊNCIA DOS ARTS. 932, III, E 1.021, § 1º, DO CPC/2015 E DA SÚMULA 182 DO STJ. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. A decisão ora recorrida está em consonância com a jurisprudência desta Corte Superior ao concluir que o "pagamento integral", a que se refere o *caput* do art. 31 da Lei 9.656/1998, deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, acrescido da parte antes subsidiada por sua empresa ex-empregadora, mantendo-se a paridade com o preço praticado no contrato destinado aos empregados ativos, o qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, e sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear, devendo-se evitar a onerosidade excessiva ao usuário/beneficiário e a discriminação injustificada aos ocupantes das faixas etárias de maior idade. Precedentes

[...]

4. Agravo interno não provido. (Aglnt no REsp n. 1.822.847/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, DJe 19/11/2019.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL – AÇÃO DECLARATÓRIA C/C PEDIDO CONDENATÓRIO – DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO.

INSURGÊNCIA RECURSAL DA AUTORA.

[...]

2. Entende esta Corte, no que toca ao art. 31 da Lei 9.656/98, que, mantidas as condições de cobertura assistencial da ativa, não há que se falar em direito adquirido do ex-funcionário, aposentado ou demitido sem justa causa, ao regime de custeio do plano de saúde coletivo empresarial vigente à época do contrato de trabalho. É lícita a sua migração para novo plano, na modalidade pré-pagamento por faixa etária e, se necessário, o redesenho do sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), afastadas a onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso.

3. A impugnação pertinente à suposta inexistência de paridade de condições dos planos de saúde oferecidos a funcionários da ativa e inativos demandaria revolvimento de matéria fático-probatória. Incidência das Súmula 5 e 7/STJ.

4. Agravo interno desprovido. (Aglnt no REsp n. 1.757.935/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, DJe 19/2/2019 – grifei.)

Destaco que a QUARTA TURMA, no julgamento do Aglnt no AREsp n. 1.573.911/SP, após amplo debate em sessão e apresentação de voto vista da minha lavra, concluiu pela impossibilidade de incluir os aposentados em plano de saúde diverso dos empregados da ativa.

No julgamento do Aglnt no REsp n. 1.822.847/SP, por sua vez, indeferiu a tese defendida pela então agravante no sentido de ser legal a "divisão de categorias de beneficiários do plano de saúde entre ativos e inativos".

Quanto ao precedente vinculado ao Aglnt no REsp n. 1.757.935/SP, a QUARTA TURMA expressamente vedou a "discriminação ao idoso" e manteve incólume o

acórdão recorrido, do TJSP, segundo o qual "os valores das prestações mensais a serem pagas pelo beneficiário inativo dever ser calculadas com base no contrato coletivo vigente para funcionários ativos à época de cada vencimento. Assim, será mantida a paridade entre os valores pagos pelos funcionários em atividade e aqueles suportados pelo beneficiário inativo, que arcará com aqueles somados à parcela subsidiada pela empregadora" (cf. e-STJ fl. 310 dos respectivos autos). Em tal acórdão recorrido foi esclarecido também que "a autora aderiu à opção de permanecer no plano de saúde em 14.10.2015 [...] mas em 01.12.2015 [...] passou a vigor nova forma de cálculo do prêmio pago pelos beneficiários, que incluiu, consoante tabela [...], os funcionários ativos e inativos" (cf. e-STJ fl. 310 dos respectivos autos).

Revela-se oportuno, ainda, indicar precedente da QUARTA TURMA que, embora não afirme expressamente ser vedado inserir os inativos em plano de saúde diverso dos ativos, deixou claro que não se poderia distinguir os valores de contribuição. Eis a ementa do respectivo acórdão:

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. APOSENTADORIA DO BENEFICIÁRIO. MANUTENÇÃO DAS MESMAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E VALORES DE CONTRIBUIÇÃO. INTERPRETAÇÃO DO ART. 31 DA LEI 9.656/98. RECURSO PROVIDO.

[...]

2. A melhor interpretação a ser dada ao *caput* do art. 31 da Lei 9.656/98, ainda que com a nova redação dada pela Medida Provisória 1.801/99, é no sentido de que deve ser assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear.

3. Recurso especial provido. (REsp n. 531.370/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, DJe 6/9/2012.)

Vale destacar aqui parte dos escorreitos fundamentos lançados pelo eminente Relator, Ministro RAUL ARAÚJO, assim:

A redação original do mencionado dispositivo legal dispunha assegurar ao ex-empregado aposentado "o direito de manutenção como beneficiário, **nas mesmas condições** de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral do mesmo". Com a alteração de redação promovida pela MP n. 1.801/99, a regra legal passou a dizer: "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 pagamento integral do mesmo" (grifou-se).

Discute-se, então, se a expressão "**mesmas condições de cobertura assistencial**" englobaria, além dos benefícios de assistência à saúde, também o preço da mensalidade do seguro a ser assumido pelo aposentado, ou seja, se o interessado teria assegurado o direito de pagar o mesmo valor *per capita* de contribuição que sua ex-empregadora paga à ora recorrida pelos empregados em atividade, no grupo segurado.

A respeito do tema, salutar interpretação foi dada pelo ilustre Desembargador

Superior Tribunal de Justiça

Manoel Ricardo Rebello Pinho, que formulou o voto vencido no colendo Tribunal de origem, *in litteris*:

"Ora, se o art. 31, caput, da Lei n.º 9.656/98, assegura o direito à manutenção da cobertura assistencial 'nas mesmas condições', em que gozava o aposentado quando da vigência do contrato de trabalho, 'desde que assuma o pagamento integral do mesmo', impõe-se o reconhecimento de que: (a) os termos 'as mesmas condições da cobertura assistencial' se referem às obrigações devidas pelos interessados, quando da vigência do contrato de trabalho, ou seja, os mesmos serviços de assistência médica e os mesmos valores de contribuição e (b) enquanto os termos 'desde que (o aposentado) assuma o pagamento integral do mesmo' limitam a alteração do pagamento, apenas e tão-somente, quanto ao aspecto subjetivo, ou seja, a obrigação de pagamento da contribuição passa a ser do beneficiário em substituição da ex-empregadora.

É de se ver que o legislador, pela referida norma, assegurou o direito à manutenção da cobertura assistencial 'nas mesmas condições' - ou seja, sem alteração das prestações devidas pelas partes, no que se refere à natureza e a valores - e, quanto ao pagamento, determinou apenas e tão-somente a atribuir ao aposentado a obrigação pelo pagamento da contribuição, sem, contudo, nada dispor sobre a alteração de valores de contribuição.

(...)

É de ver que a interpretação da ré, no sentido de que os termos 'nas mesmas condições de cobertura assistencial' limitam o benefício do referido art. 31 à manutenção apenas e tão-somente dos serviços de assistência médica do contrato coletivo, sem não abranger a preservação dos mesmos valores pagos, afronta os princípios de interpretação supra apontados, porquanto, friso, (a) quanto ao direito de manutenção das mesmas condições de cobertura assistencial existentes na vigência do contrato de trabalho o legislador regulou o todo e não apenas a parte relativa a prestação de serviços, e (b) quanto ao pagamento, o legislador não estabeleceu qualquer distinção a respeito de valores a serem pagos, somente atribuiu ao aposentado a obrigação de pagar a mensalidade em substituição da ex-empregadora." (fls. 152/153)

Com essas considerações, tem-se que a melhor interpretação a ser dada ao *caput* do art. 31 da Lei 9.656/98, ainda que com a nova redação dada pela Medida Provisória 1.801/99, é no sentido de que deve ser assegurada ao aposentado a manutenção no plano de saúde coletivo, com as mesmas condições de assistência médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral desta.

Entender em sentido diverso ensejaria o esvaziamento da norma, na medida em que retiraria do aposentado o benefício nela insito de ser mantido no plano de saúde coletivo, pois bastaria à operadora do plano de saúde ou seguradora promover forte majoração na prestação do seguro para forçar o segurado a se retirar do grupo. Dessa maneira, o aposentado acabaria migrando para outra operadora que lhe oferecesse plano individual mais favorável e com menor custo.

A regra dos arts. 30 e 31 da mencionada Lei teve como objetivo corrigir grave injustiça praticada contra o consumidor contribuinte de plano privado coletivo de saúde, o qual, após anos de contribuição, via-se compelido a contratar novo plano, quando, muitas vezes, já se encontrava idoso, tendo que se submeter, inclusive, a

novos prazos de carência e a preços muito elevados. Por isso, essa norma assegura ao beneficiário, em caso de aposentadoria, sua permanência no mesmo plano coletivo de que era parte anteriormente, apenas tendo que pagar integralmente o preço devido à operadora do plano de saúde.

Essa é a exegese que mais se adequa à parte final do dispositivo legal que determina seja assumido pelo aposentado o pagamento integral da contribuição, sem mencionar nenhuma alteração no preço. Determinou-se apenas que o montante anteriormente custeado pelo ex-empregador (parcial ou integral) seja arcado, em sua totalidade, pelo próprio aposentado-beneficiário.

Conforme decidido nos referidos precedentes, da TERCEIRA e da QUARTA TURMAS, sobretudo diante da impossibilidade de instituir valores de contribuição diversos, não se admite a constituição de um plano de saúde para os ativos e outro para os inativos que se enquadrem na hipótese prevista pelo art. 31 da Lei n. 9.656/1998. O ex-empregado aposentado, portanto, tem direito de permanecer nas mesmas condições de cobertura assistencial gozadas pelos ativos, incluindo nessa paridade os modelos e os valores de contribuição, competindo-lhe o recolhimento correspondente à parcela custeada pelo empregador no caso dos ativos.

A tese que proponho, nessa parte, com as sugestões apresentadas pelo eminente Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, é a seguinte: **O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.**

III. AUSÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO AOS MESMOS MODELOS ASSISTENCIAL E DE CUSTEIO QUANDO EM VIGOR O CONTRATO DE TRABALHO DO EX-EMPREGADO APOSENTADO – DIREITO DO INATIVO À PARIDADE COM O ATIVO NA ATUALIDADE

Conquanto seja garantida a paridade entre ativos e inativos, conforme asseverado acima, não se pode falar em direito adquirido dos ex-empregados à manutenção do plano coletivo de assistência à saúde – e suas condições contratuais – em vigor no momento da aposentadoria.

Isso porque a possibilidade de alteração da operadora, do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos valores que devem ser recolhidos pelos

beneficiários ao longo do tempo é um mecanismo essencial para manter a viabilidade do plano, sobretudo diante das incertezas econômicas e do mercado, das condições financeiras do empregador e de possível aumento substancial da sinistralidade.

Vale lembrar que, sem a possibilidade de modificação e adaptação periódica, e diante de eventual inviabilidade financeira do plano, a operadora poderá exercer seu direito de rescindir unilateralmente o contrato, conforme orienta a jurisprudência deste Tribunal Superior, ressalvados os planos com menos de 30 (trinta) usuários e os direitos de beneficiários enquanto submetidos a tratamentos de doenças graves, de urgência e de emergência, além de outras exceções que venham a ser reconhecidas. Sobre o tema, cito, por exemplo:

AGRAVO INTERNO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. 30 OU MAIS USUÁRIOS. RESILIÇÃO UNILATERAL. POSSIBILIDADE. ART. 13, § 2º, DA LEI N. 9.656/1998. NÃO INCIDÊNCIA. APLICAÇÃO DOS ÍNDICES DE REAJUSTE ESTABELECIDOS PELA ANS PARA PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES, A PLANO DE SAÚDE COLETIVO, INDEPENDENTEMENTE DA QUANTIDADE DE USUÁRIOS. INVIABILIDADE. DIFERENÇAS NA PRECIFICAÇÃO. ENTENDIMENTO PACIFICADO NAS DUAS TURMAS DE DIREITO PRIVADO.

1. Com relação às duas espécies de contratação coletiva - empresarial ou por adesão -, a Resolução Normativa n. 195, de 14.7.2009, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com base na atribuição que lhe foi conferida pelo art. 4º, II e X, da Lei n. 9.961/2000, regulamentou as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde vigentes no país. Consoante o art. 17 dessa Resolução, os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresariais somente poderão ser rescindidos imotivadamente (resilição) após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias (REsp 1346495/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 11/06/2019, DJe 02/08/2019).

2. Por ocasião do recente julgamento do REsp 1.776.047/SP, a Quarta Turma, na mesma linha do entendimento pacificado no âmbito da Terceira Turma, pacificou que a regulamentação dos planos coletivos empresariais (Lei nº 9.656/98, art. 16, VII) distingue aqueles com menos de trinta usuários, impondo sejam agrupados com a finalidade de diluição do risco de operação e apuração do cálculo do percentual de reajuste a ser aplicado em cada um deles (Resoluções 195/2009 e 309/2012 da ANS)" (REsp 1776047/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 23/04/2019, DJe 25/04/2019).

3. Nesses tipos de contrato - com menos de 30 usuários -, em vista da vulnerabilidade da empresa estipulante, dotada de escasso poder de barganha, não se admite a simples resilição unilateral pela operadora de plano de saúde, havendo necessidade de motivação idônea. Contudo, os contratos coletivos de plano de saúde com menos de 30 (trinta) beneficiários não podem ser transmudados em plano familiar, que não possui a figura do estipulante e cuja contratação é individual. A precificação entre eles é diversa, não podendo ser desnaturada a contratação (REsp 1553013/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/03/2018, DJe 20/03/2018).

4. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.428.427/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 26/11/2019.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL. RESCISÃO IMOTIVADA. IMPOSSIBILIDADE. MENOS DE TRINTA BENEFICIÁRIOS. SÚMULA Nº 568/STJ. [...]

2. É inválida a rescisão unilateral imotivada pela operadora do plano de saúde no caso de contrato coletivo empresarial que possua menos de 30 (trinta) beneficiários em virtude da vulnerabilidade da empresa estipulante. Incidência da Súmula nº 568/STJ.

3. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp n. 1.771.253/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, DJe 21/11/2019.)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO, CONTRADIÇÃO, OBSCURIDADE. AUSÊNCIA. FUNDAMENTAÇÃO. DEFICIENTE. SÚMULA 284/STF. FUNDAMENTO DO ACÓRDÃO NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 283/STF. REEXAME DE FATOS E PROVAS. INADMISSIBILIDADE. HARMONIA ENTRE O ACÓRDÃO RECORRIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA 568/STJ. [...]

6. As operadoras de plano de saúde coletivo podem rescindir unilateralmente os contratos desde que haja expressa previsão contratual nesse sentido, o vínculo tenha vigência mínima de doze meses e tenha havido prévia notificação da rescisão com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. Precedentes. Ante o entendimento dominante do tema nas Turmas de Direito Privado, aplica-se, no particular, a Súmula 568/STJ.

7. Agravo interno no agravo em recuso especial não provido. (AgInt no AREsp n. 1.450.785/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, DJe 19/6/2019.)

CIVIL. CONTRATOS. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. MANUTENÇÃO DO CONVÊNIO. BENEFICIÁRIO EM ESTADO GRAVE DE SAÚDE. SÚMULA N. 83/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. "O plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009). Nada obstante, no caso de usuário em estado de saúde grave, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), deve-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença" (AgInt no AREsp 1.433.637/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 16/5/2019, DJe 23/5/2019).

2. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no AREsp n. 1.290361/SP, da minha relatoria, QUARTA TURMA, DJe 22/11/2019.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CONCLUSÃO ACERCA DO PAGAMENTO INTEGRAL DA MENSALIDADE PELA AUTORA. SÚMULA 7 DO STJ. FUNDAMENTOS NÃO ATACADOS. SÚMULA 283 DO STF. PLANO DE SAÚDE QUE NÃO PODE SER RESCINDIDO DURANTE O TRATAMENTO MÉDICO GARANTIDOR DA SOBREVIVÊNCIA. SÚMULA 83 DO STJ. RECURSO

NÃO PROVIDO.

[...]

2. A recorrente não impugna o argumento de que o plano de saúde não pode ser cancelado no momento, pois a Autora está em tratamento emergencial, em razão de doença grave - câncer. Assim, a subsistência de fundamento inatacado apto a manter a conclusão do aresto impugnado impõe o não-conhecimento da pretensão recursal, a teor do entendimento disposto na Súmula nº 283/STF: "É inadmissível o recurso extraordinário quando a decisão recorrida assenta em mais de um fundamento suficiente e o recurso não abrange todos eles."

3. Não obstante o plano de saúde coletivo possa ser rescindido unilateralmente, mediante prévia notificação do usuário, esta Corte reconhece ser abusiva a rescisão do contrato durante o tratamento médico garantidor da sobrevivência. Nesse sentido: AgInt no AREsp 1.085.841/RS, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 20/03/2018, DJe de 04/04/2018; AgInt no AREsp 1.072.700/RS, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 27/06/2017, DJe de 1º/08/2017; AgRg no AREsp 624.420/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/03/2015, DJe de 07/04/2015). Incidência da Súmula 83 do STJ.

4. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.553.320/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 12/11/2019.)

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC.** CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESILIÇÃO UNILATERAL. REALIZAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO MÉDICO GARANTIDOR DA SOBREVIVÊNCIA OU A MANUTENÇÃO DA INCOLUMIDADE FÍSICA DO BENEFICIÁRIO. ABUSIVIDADE. PRECEDENTES. DECISÃO MANTIDA. MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO INTERNO NÃO PROVIDO, COM IMPOSIÇÃO DE MULTA.

[...]

2. A jurisprudência desta Corte considera abusiva a rescisão contratual de plano de saúde, por parte da operadora, independentemente do regime de contratação (individual ou coletivo), durante o período e m que a parte segurada esteja submetida a tratamento médico de emergência ou de urgência garantidor da sua sobrevivência e/ou incolumidade física, em observância ao que estabelece o art. 35-C da Lei n. 9.656/1998.

[...]

5. Agravo interno não provido, com imposição de multa. (AgInt no REsp n. 1.791.755/RS, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, DJe 3/10/2019.)

Com isso, alteradas as regras e o próprio plano destinado aos ativos, sobretudo com o propósito de mantê-lo em pleno funcionamento, tais mudanças se estenderão igualmente aos inativos, o que faz permanecer sempre atual a paridade estabelecida em lei, sob todos os enfoques – serviços e valores das contribuições.

Acerca do tema, confirmam-se os seguintes julgados desta Corte Superior:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO INTERNO NO PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL COLETIVO. AUTOR DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. SISTEMA DE CÁLCULO PARA A APURAÇÃO DO PRÊMIO. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. INEXISTÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO A MODELO DE PLANO DE SAÚDE. ONEROSIDADE EXCESSIVA.

DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SÚMULA 7 DO STJ.

[...]

2. Esta Corte Superior entende que não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), contanto que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou discriminação de idoso.

3. Não obstante, no caso concreto, a Corte de origem asseverou que a alteração do plano de saúde trouxe onerosidade excessiva para o consumidor, visto que houve a majoração de mensalidades a valores exorbitantes. Incidência dos enunciados previstos nas Súmulas 5 e 7 do STJ.

[...]

5. Agravo interno não provido. (AgInt no AgInt no RCD no REsp n. 1.664.358/SP, Rel. Ministro LUIZ FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 3/12/2019.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. 1. MANUTENÇÃO NO PLANO DE SAÚDE. ART. 31 DA LEI N. 9.656/1998. APOSENTADO. POSSIBILIDADE. MESMAS CONDIÇÕES E COBERTURAS VIGENTES DURANTE O CONTRATO DE TRABALHO. 2. REAJUSTE DAS MENSALIDADES. POSSIBILIDADE. ABUSIVIDADE NÃO CONFIGURADA. ALTERAÇÃO. SÚMULAS 5 E 7 DO STJ. 3. MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO CPC/2015. NÃO INCIDÊNCIA, NA ESPÉCIE. 4. AGRAVO DESPROVIDO.

1. Ao aposentado deve ser assegurada a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial, com as mesmas condições e qualidade de assistência médica. Entretanto, não há falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho.

[...]

4. Agravo interno desprovido. (AgInt no AREsp n. 1.453.373/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, DJe 6/8/2019.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE APOSENTADO E DEPENDENTES. NOVO REGIME DE CUSTEIO. POSSIBILIDADE. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. Na hipótese do artigo 31 da Lei 9.656/98, mantidas as condições de cobertura assistencial da ativa, não há que se falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano de saúde coletivo empresarial vigente à época do contrato de trabalho, revelando-se lícita sua migração para novo plano, na modalidade pré-pagamento por faixa etária, se necessário o redesenho do sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), afastadas a onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso (**REsp 1.479.420/SP**, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 01.09.2015, DJe 11.09.2015).

2. O acolhimento das impugnações pertinentes à suposta inexistência de paridade de condições dos planos de saúde oferecidos a funcionários da ativa e inativos, bem como a respeito da ocorrência de onerosidade excessiva e discriminação do idoso, demandaria revolvimento de matéria fático-probatória. Incidência das Súmula 5 e 7/STJ.

3. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.427.846/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 15/5/2019.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL – AÇÃO DECLARATÓRIA C/C PEDIDO CONDENATÓRIO – DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU

PROVIMENTO AO RECLAMO.
INSURGÊNCIA RECURSAL DA AUTORA.

[...]

2. Entende esta Corte, no que toca ao art. 31 da Lei 9.656/98, que, mantidas as condições de cobertura assistencial da ativa, não há que se falar em direito adquirido do ex-funcionário, aposentado ou demitido sem justa causa, ao regime de custeio do plano de saúde coletivo empresarial vigente à época do contrato de trabalho. É lícita a sua migração para novo plano, na modalidade pré-pagamento por faixa etária e, se necessário, o redesenho do sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), afastadas a onerosidade excessiva ao consumidor e a discriminação ao idoso.

3. A impugnação pertinente à suposta inexistência de paridade de condições dos planos de saúde oferecidos a funcionários da ativa e inativos demandaria revolvimento de matéria fático-probatória. Incidência das Súmula 5 e 7/STJ.

4. Agravo interno desprovido. (AglInt no REsp n. 1.757.935/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, DJe 19/2/2019.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. EX-FUNCIONÁRIOS E APOSENTADOS. MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO NO PLANO. ALTERAÇÃO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES. POSSIBILIDADE. 285-A, DO CPC/73. CERCEAMENTO DE DEFESA. INOCORRÊNCIA. TESE DO RECURSO ESPECIAL QUE DEMANDA REEXAME DE CONTEXTO FÁTICO E PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA Nº 7/STJ. NÃO PROVIMENTO.

1. "Ao aposentado deve ser assegurada a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial, com as mesmas condições e qualidade de assistência médica. Entretanto, não há falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho" (REsp 1558456/SP, Rel. Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 15/9/2016, DJe 22/9/2016).

2. A tese defendida no recurso especial demanda reexame do contexto fático e probatório dos autos, vedado pela Súmula nº 7/STJ.

3. Agravo interno a que se nega provimento. (AglInt no REsp n. 1.600.188/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, DJe 23/3/2018.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO (ART. 544 DO CPC/73) - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE CONHECEU DO AGRAVO E, DE PLANO, DEU PROVIMENTO AO APELO NOBRE DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE PARA JULGAR IMPROCEDENTE O PEDIDO VEICULADO NA INICIAL. IRRESIGNAÇÃO DA PARTE AUTORA.

1. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção do benefício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral das contribuições (arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998), observadas, porém, eventuais alterações no regime de custeio aplicadas no plano paradigma, usufruído pelos empregados ativos.

2. Não compete ao Superior Tribunal de Justiça o exame de preceitos constitucionais, ainda que para fins de prequestionamento, sob pena de usurpar a competência do Supremo Tribunal Federal. Precedentes.

3. Agravo interno desprovido. (AglInt no AREsp n. 756.130/SP, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, DJe 23/2/2018.)

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. MIGRAÇÃO PARA PLANO NOVO. EXTINÇÃO DO CONTRATO ANTERIOR. LEGALIDADE. REDESENHO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES PÓS-PAGAMENTO E PRÉ-PAGAMENTO. AUMENTO DA BASE DE USUÁRIOS. UNIFICAÇÃO DE EMPREGADOS ATIVOS E INATIVOS. DILUIÇÃO DOS CUSTOS E DOS RISCOS. COBERTURA ASSISTENCIAL PRESERVADA. RAZOABILIDADE DAS ADAPTAÇÕES. EXCEÇÃO DA RUÍNA.

1. Discute-se se o aposentado e o empregado demitido sem justa causa, migrados para novo plano de saúde coletivo empresarial na modalidade pré-pagamento por faixa etária, mas sendo-lhes asseguradas as mesmas condições de cobertura assistencial da época em que estava em vigor o contrato de trabalho, têm direito de serem mantidos em plano de saúde coletivo extinto, possuidor de sistema de contribuições pós-pagamento, desde que arquem tanto com os custos que suportavam na atividade quanto com os que eram suportados pela empresa.

2. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício 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 (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear. Precedente.

3. Por "mesmas condições de cobertura assistencial" entende-se mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos (art. 2º, II, da RN nº 279/2011 da ANS).

4. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo 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 consumidor ou a discriminação ao idoso.

5. Nos contratos cativos de longa duração, também chamados de relacionais, baseados na confiança, o rigorismo e a perenidade do vínculo existente entre as partes pode sofrer, excepcionalmente, algumas flexibilizações, a fim de evitar a ruína do sistema e da empresa, devendo ser respeitados, em qualquer caso, a boa-fé, que é bilateral, e os deveres de lealdade, de solidariedade (interna e externa) e de cooperação recíprocos.

6. Não há ilegalidade na migração de inativo de plano de saúde se a recomposição da base de usuários (trabalhadores ativos, aposentados e demitidos sem justa causa) em um modelo único, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, foi medida necessária para se evitar a inxequibilidade do modelo antigo, ante os prejuízos crescentes, solucionando o problema do desequilíbrio contratual, observadas as mesmas condições de cobertura assistencial. Vedação da onerosidade excessiva tanto para o consumidor quanto para o fornecedor (art. 51, § 2º, do CDC). Função social do contrato e solidariedade intergeracional, trazendo o dever de todos para a viabilização do próprio contrato de assistência médica.

7. Não há como preservar indefinidamente a sistemática contratual original se verificada a exceção da ruína, sobretudo se comprovadas a ausência de má-fé, a razoabilidade das adaptações e a inexistência de vantagem exagerada de uma das partes em detrimento da outra, sendo premente a alteração do modelo de custeio do plano de saúde para manter o equilíbrio econômico-contratual e a sua continuidade, garantidas as mesmas condições de cobertura assistencial, nos

termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

8. Recurso especial provido. (REsp n. 1.479.420/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, DJe 11/9/2015 – grifei.)

Ainda no contexto de quais condições assistenciais e de custeio de plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, destaco a faculdade de portabilidade de carências, disciplinado no art. 8º, III e IV, e § 1º, da RN/ANS nº 438/2018, que se remete aos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998.

A tese que proponho, nessa parte, com as sugestões apresentadas pelo eminente Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, é a seguinte: **O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências.**

Concluo asseverando que a conjugação das teses referidas nos itens II e III acima, decorrentes de uma interpretação sistemática dos dispositivos da Lei n. 9.656/1998, permite que o aposentado seja incluído no mesmo plano dos ativos e que tenha direitos e obrigações como se estivesse na atividade, sendo esse, a meu ver, o objetivo da lei, considerada a necessidade de viabilizar o plano de saúde coletivo empresarial.

IV. JULGAMENTO DO CASO CONCRETO

No presente caso, apesar de empregados e de ex-empregados estarem inseridos em plano de saúde administrado por uma única operadora, é incontroverso que o próprio plano faz distinção entre ativos e inativos no que se refere à forma de custeio e aos valores de contribuição, o que contraria o entendimento acima. Tal conclusão pode ser extraída, inicialmente, do seguinte trecho da contestação da Mediservice:

14. Tal alteração – de custo médio para faixa etária, que o autor questiona nesta demanda – decorre da regulamentação dos artigos 30 e 31, realizada pela ANS, que, no exercício das atribuições que o art. 4º, inc. XI da Lei nº 9.961/00, editou a Resolução Normativa nº 279 de 24 de novembro de 2011, na qual previu que o "plano privado de assistência à saúde", oferecido por empresas para funcionários seus inativos, não poderá ter sua mensalidade formada na modalidade de preço pós-estabelecido (cf. art. 19, §§ 1º e 2º, RN nº 279/11 – RN).

15. Vinculada por essa determinação da Agência reguladora do setor, a estipulante entendeu por promover o pagamento na forma de contraprestação pecuniária diferenciada por faixas etárias, cf. art. 19, § 2º, RN nº 279/11 – ANS.

Superior Tribunal de Justiça

16. Estas condições vigem para todos os inativos, que ora estão submetidos às novas faixas etárias criadas em decorrência da necessária alteração da forma de pagamento instituída pelo art. 19 e §§ da RN 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, inexistindo nessa providência qualquer discriminação ou tentativa de alijamento de ex-funcionários, ao contrário do alegado na inicial. (e-STJ fls. 128/129.)

A sentença e o acórdão recorrido, por sua vez, invocam precedentes desta Corte Superior que admitem que a ex-empregadora contrate planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e os inativos (cf. e-STJ fls. 386 e 464).

Para que não pare dúvida, a ilegalidade, portanto, não reside na adoção do sistema de faixa etária, mas na distinção entre ativos e inativos no que se refere à forma de custeio e aos valores de contribuição. Se os ativos também estivessem submetidos à tabela de custeio por faixa etária, ilegalidade não haveria, tendo em vista que a paridade entre empregados e aposentados quanto à forma de custeio e ao valor das contribuições estaria presente.

Ademais, o autor foi obrigado a aderir à categoria Inativos, senão ficaria sem plano de saúde coletivo. Na contestação da recorrente Mediservice, a propósito, é afirmado que:

4. O reajuste que alega ter experimentado foi, na verdade, uma simples adequação da mensalidade do plano coletivo pela estipulante do contrato, a VOLKSWAGEN DO BRASIL, em razão da Resolução Normativa 279 da ANS (cf. art. 19, § 2º, RN nº 279/11 – ANS).

[...]

9. Evidente, portanto, que a alteração na forma de composição do pagamento partiu de determinação da empresa contratante, e à Mediservice, na qualidade de contratada, cabia somente acatar a alteração, até porque a decisão da estipulante não perpetra qualquer ilegalidade, visto que lastreada por Resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem competência para tanto, tal como preconiza o artigo 4º, inciso XI, da Lei n. 9.961/00. (e-STJ fls. 125/127).

A Volkswagen do Brasil – Indústria de Veículos Automotores Ltda., na contestação, igualmente deixou claro que a possibilidade de permanecer no plano de saúde coletivo seria aderindo à categoria "Inativos" e às condições específicas para os ex-empregados inativos, assim:

Em 03/04/2017 o autor assinou documento declarando-se ciente do prazo de 30 dias – após a rescisão contratual – para requerer sua adesão ao plano Bradesco Mediservice – já utilizado na vigência do contrato de trabalho, bem como assinou a tabela de valores declarando-se ciente do valor e de sua forma de cobrança por faixa etária.

Destaca-se, ainda, que a ré jamais negou ao autor a continuidade em plano médico com a mesma cobertura, mediante pagamento integral da mensalidade, conforme PDV, tabela de valores faixa etária assinada pelo autor a serem cobrados de acordo com a faixa etária e termo de opção e contratação do plano Privado Bradesco Mediservice – categoria Inativos, ambos entregues no momento da

Superior Tribunal de Justiça

rescisão contratual, sendo que esse último foi preenchido e assinado pelo Autor em 03/05/2017 – momento em que contratou o plano médico Bradesco Mediservice para continuar utilizando após a rescisão do vínculo laboral. (e-STJ fl. 246.)

Ou seja, segundo a operadora do plano e o próprio ex-empregador, houve imposição por parte do empregador no sentido de aplicar o art. 19 da RN n. 279 – ANS, que disciplina o tratamento diferenciado entre ativos e inativos.

O autor e seus dependentes deverão migrar para novos planos, mesmo que haja alteração das formas de custeio e dos valores de contribuição, sempre que tal migração for imposta aos ativos.

Ante o exposto, para fins do art. 1.036 do CPC/2015, voto no sentido de aprovar as seguintes teses, com as sugestões apresentadas pelo eminente Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA:

a) "Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial."

b) "O art. 31 da lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador."

c) "O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e os respectivos valores, desde que mantida paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências."

No caso concreto, DOU PROVIMENTO ao recurso especial para julgar procedente a ação, a fim de que o autor e seus dependentes permaneçam por prazo indeterminado no plano de saúde coletivo, nas mesmas condições de cobertura assistencial do empregado ativo, aí incluída a paridade nos modelos de prestação de serviço, na forma de custeio e nos valores de contribuição, cabendo-lhe recolher a

Superior Tribunal de Justiça

parcela que, quanto aos ativos, é custeada pelo empregador, além de ser obrigado a migrar para os novos planos que venham a ser impostos aos empregados ativos.

Custas e honorários advocatícios fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da causa.

É como voto.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.487 - SP (2019/0159691-0)
RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIS FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS AUTOMOTORES
LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - FENASAÚDE -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO CONSUMIDOR -
BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS
MED - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821
MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO EM
SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680

VOTO-VISTA

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA:

Trata-se de recurso especial, submetido ao rito dos recursos repetitivos (art.

Superior Tribunal de Justiça

1.036 do Código de Processo Civil de 2015), interposto por VALMIR NASCIMENTO DA SILVA, com fulcro no art. 105, inciso III, alínea "a", da Constituição Federal, contra o acórdão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que negou provimento a recurso de apelação, mantendo sentença de improcedência de ação de obrigação de fazer, a qual buscava a manutenção do autor e de sua família no mesmo plano de saúde coletivo empresarial que usufruía quando estava na ativa.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"CERCEAMENTO DE DEFESA - Inocorrência - Desnecessidade de outros elementos para o convencimento do magistrado - Nulidade afastada. PLANO DE SAÚDE - Obrigação de fazer - Pretensão à manutenção do autor como beneficiário do plano de saúde que vigia à época em que era empregado - Possibilidade de a ex-empregadora contratar planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e inativos, desde que mantidas as mesmas condições de assistência de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, assumindo integralmente o pagamento do prêmio - Contratação de plano de saúde autônomo pela empregadora, com imposição de grau de moderação pautado na faixa etária que não acarreta qualquer ilegalidade - Valor da mensalidade que não se revela abusivo, mostrando-se razoável e de acordo com as condições de mercado - Ação improcedente - Sentença mantida - Art. 252, RITJSP - Recurso desprovido"(fl. 461 e-STJ).

No especial, o recorrente aponta contrariedade ao art. 31 da Lei nº 9.656/1998.

Na sessão do dia 25/11/2020, o Relator, Ministro Antonio Carlos Ferreira, deu provimento ao recurso especial e fixou teses repetitivas em voto assim sumariado:

"RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. DIREITO CIVIL. EX-EMPREGADOS APOSENTADOS. PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI N. 9.656/1988. DEFINIÇÃO ACERCA DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS E DE CUSTEIO.

1. Delimitação da controvérsia

Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

2. Teses definidas para os fins do art. 1.036 do CPC/2015

a) 'Eventuais mudanças de operadora do plano de saúde, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998.'

b) 'O art. 31 da Lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em um único plano de saúde, com as mesmas condições de cobertura assistencial, aí incluída a paridade nos modelos de prestação de serviço, na forma de custeio e nos valores de contribuição, cabendo ao inativo recolher, também, a parcela que, quanto aos ativos, é custeada pelo empregador.'

c) 'O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter por prazo indeterminado no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo-se substituir a operadora, o modelo de prestação de serviços, a forma

Superior Tribunal de Justiça

de custeio e os respectivos valores, atendida a paridade com os ativos.'

3. Julgamento do caso concreto

Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, apesar de vinculados a plano de saúde administrado por uma única operadora, encontram-se inseridos em categorias distintas, sendo diversas a forma de custeio e os valores de contribuição.

4. Recurso especial a que se dá provimento."

Após, pedi vista antecipada dos autos para melhor exame das teses repetitivas formuladas, bem como para tecer algumas considerações acerca das consequências práticas e jurídicas que poderão advir do precedente qualificado a ser firmado, consoante dispõem os arts. 20 e 21 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB).

Como cediço, é assegurado ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu financeiramente para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício 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.

A pretensão sob exame busca identificar a amplitude da expressão "*direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial*", contida no art. 31 da Lei nº 9.656/1998, sobretudo se abrange também o regime de custeio para fins de permanência do aposentado no plano de saúde coletivo empresarial.

A controvérsia foi assim apresentada quando da afetação do feito à Segunda Seção: "*Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998*"(fl. 871 e-STJ).

O Ministro Relator especificou as seguintes condições: (i) tempo de permanência no plano (se por prazo determinado ou indeterminado); (ii) direitos assistenciais garantidos ao ex-empregado e seus dependentes e (iii) encargos financeiros a serem suportados pelo ex-empregado.

Quanto ao primeiro tópico, relativo ao requisito temporal, propôs, em seu voto, a seguinte tese: "*Eventuais mudanças de operadora do plano de saúde, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998.*"

Tal entendimento reflete a orientação jurisprudencial desta Corte Superior,

Superior Tribunal de Justiça

conforme se extrai de trecho de ementa oriunda dos EDcl no REsp nº 1.680.318/SP e dos EDcl no REsp nº 1.708.104/SP, apreciados pela Segunda Seção (Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 29/10/2018):

"Nos termos dos arts. 6º, § 2º, 23 e 24 da RN ANS nº 279/2011 e da Súmula Normativa nº 8 da ANS, os períodos de contribuição do trabalhador ao plano de saúde sempre devem ser considerados para fins de aplicação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, mesmo que, na época da demissão sem justa causa ou da aposentadoria, o regime de custeio seja diverso."

Na ocasião, os declaratórios foram opostos para esclarecer o Tema Repetitivo nº 989:

"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."

Assim, para trazer maior segurança jurídica, é oportuna a inclusão no item proposto do critério da proporcionalidade, assegurando a soma dos períodos de efetiva contribuição também àqueles que não atingiram o prazo de 10 (dez) anos, mas que poderão permanecer no plano coletivo por prazo determinado, nos termos do art. 31, § 1º, da Lei nº 9.656/1998:

*"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.
§ 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."(grifou-se)*

Dessa forma, propõe-se o seguinte ajuste:

Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei nº 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial.

Superior Tribunal de Justiça

No que tange ao segundo tópico, relacionado com os encargos financeiros e os direitos assistenciais garantidos ao ex-empregado e seus dependentes, o Ministro Relator elaborou a seguinte tese:

"(...)

O art. 31 da Lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em um único plano de saúde, com as mesmas condições de cobertura assistencial, aí incluída a paridade nos modelos de prestação de serviço, na forma de custeio e nos valores de contribuição, cabendo ao inativo recolher, também, a parcela que, quanto aos ativos, é custeada pelo empregador."

Nesse ponto, ressalvo meu posicionamento, na linha do voto-vista (vencido) que proferi no REsp nº 1.713.619/SP (Rel. Ministro Nancy Andrighi, DJe 12/11/2018), oportunidade em que entendi que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não ultrapassou os limites de seu poder normativo quando dispôs acerca do tema na RN nº 279/2011, de modo a facultar ao ex-empregador manter um plano de saúde para ativos e outro para inativos, desde que contenham as mesmas condições de cobertura assistencial (aspecto qualitativo) - mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver -, não podendo haver confusão, na conceituação, com o mesmo regime de custeio (aspecto quantitativo), até para evitar o subsídio cruzado: não há obrigatoriedade de estipulante e empregados ativos de subsidiar as despesas dos empregados aposentados (que, por disposição legal, devem assumir o pagamento integral de seus custos).

Todavia, superada a divergência, no sentido de ser obrigatória a instituição de plano de saúde coletivo uno para ativos e inativos, incluídas as condições de pagamento, algumas reflexões devem ser feitas a respeito das diversas modalidades de custeio: pré-pagamento por faixas etárias, pré-pagamento por preço único, pós-pagamento por custo operacional e pós-pagamento por rateio.

Na modalidade pré-pagamento, a mensalidade é paga antes da utilização dos serviços médico-assistenciais, assumindo a operadora o risco operacional, o que faz com que os preços sejam mais elevados do que os planos da modalidade pós-pagamento. No tipo baseado em tabela por faixa etária, a precificação é graduada e dimensionada segundo os grupos etários adotados pela ANS. Já no tipo por preço único, a mensalidade suportada pelo beneficiário é calculada a partir da média das idades da população (ativa) assistida, havendo patrocínio do empregador quanto ao ônus financeiro excedente.

Na modalidade pós-pagamento, por sua vez, o valor do prêmio é variável, pois dependerá do cálculo das despesas efetuadas pelo universo de usuários com a utilização dos

Superior Tribunal de Justiça

serviços em dado mês de referência, isto é, não há custo individualizado, por pessoa. No tipo custo operacional, a operadora repassa ao empregador o valor total das despesas assistenciais; já na opção por rateio, a estipulante reparte o custeio das despesas com os beneficiários do plano, que poderá ser um percentual fixo sobre a remuneração ou outras formas de configuração.

Nesse contexto, cumpre delinear as consequências que advirão da paridade da forma de custeio e dos valores de contribuição dos aposentados agora inseridos em um plano unificado, e não mais em um plano misto ou exclusivo para inativos.

No atinente à modalidade pré-pagamento por faixas etárias, não ocorrerão maiores transtornos, visto que a tabela de preços do plano coletivo único incidirá conforme a situação individualizada do beneficiário, podendo a soma "cota do empregado" e "cota do empregador" ser feita sem complicações, o que resultará na assunção do pagamento integral pelo aposentado, conforme disposição legal.

Entretanto, os planos das modalidades pré-pagamento por preço único e pós-pagamento serão fortemente afetados, dada a dificuldade de se calcular individualmente o valor integral a ser suportado pelo aposentado (não é uma simples soma aritmética da parcela do empregador com a contribuição do empregado), e provavelmente serão reestruturados, ainda que seja para incluir os empregados inativos no universo de beneficiários antes formado somente por empregados ativos, o que produzirá subsídio cruzado e patrocínio.

Por pertinente, cumpre transcrever as seguintes ponderações feitas pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE):

"(...)

91. Sob essa ótica, eventual distorção do sentido da integralidade previsto na lei trará efeitos prejudiciais não apenas aos inativos, mas também aos empregados ativos. Isso ocorrerá, por exemplo, caso a empregadora deixe de oferecer o benefício de saúde ou de subsidiá-lo, ou se vier a aumentar a parcela de contribuição a cargo de seus funcionários, 'empurrada' pelo incremento crescente dos custos. Aliás, mesmo que a empresa passe a arcar com a totalidade dos custos de saúde haverá prejuízo, pois a ausência do rateio afastará a possibilidade de manutenção do plano pelo empregado ao se aposentar.

92. Atenta aos possíveis efeitos sistêmicos que podem decorrer da má interpretação e aplicação do art. 31 da LPS, a ANS destaca os dois cenários acima mencionados em sua manifestação (e-STJ Fl. 1067):

'Neste sentido, na existência de um forte subsídio entre estes grupos, os beneficiários do grupo de menor risco [os empregados ativos] tenderiam a se desinteressar em

Superior Tribunal de Justiça

permanecer no sistema, uma vez que o preço do plano seria desproporcional à sua expectativa de utilização. Isso ensejaria a revisão do preço médio calculado inicialmente, uma vez que o risco médio aumentaria. Consequentemente, os novos preços seriam elevados demais para um novo grupo de menor risco, que também acabariam optando por sair do sistema.

Ao impor o subsídio entre os grupos, aliada à tendência de envelhecimento populacional, poderia também haver a indução contrária ao que se propõe. Os empregadores deixariam de oferecer o benefício em questão, ou custeariam a totalidade do plano de saúde, não se submetendo ao previsto nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.' (g.n)

(...)

108. Nesse sentido, determinar judicialmente que as operadoras arquem com tais custos significaria comprometer a higidez e sustentabilidade de todo o sistema de saúde suplementar – mesmo porque elas são estranhas à relação jurídica mantida entre a estipulante e o beneficiário. De sua vez, qualquer tentativa de impor às estipulantes este custo exponencial, passível de comprometer a própria atividade empresarial, terá como consequência o esvaziamento do direito que o art. 31 da LPS pretendeu assegurar aos inativos. Isso porque, diante do risco de ter que seguir arcando com os custos de plano de saúde para os inativos, são dois os cenários possíveis: (i) as estipulantes deixarão de oferecer plano de saúde para seus funcionários, sempre que não houver vinculação patronal nesse sentido; ou (ii) farão uso de outros modelos de custeio que não caracterizem a contributividade, como a coparticipação – hipótese em que os aposentados não poderão usufruir do benefício previsto no art. 31 da LPS, dado que não será atendido o requisito legal da contribuição.

109. Ou seja, em qualquer dos cenários, os maiores prejudicados serão os empregados – ativos e inativos.

110. A lógica da RN 279, repita-se, é preservar o equilíbrio econômico do setor enquanto promove o direito de acesso à saúde privada da população beneficiária, dado não ser linear a aplicação do art. 31 da LPS diante dos diferentes mecanismos de custeio disponíveis no setor. Para isso, a solução encontrada foi determinar que o aposentado assuma esse pagamento referenciado, sempre, pelas tabelas de faixa etária. Portanto, caso este e. STJ pretenda superar o regramento editado pela ANS para os casos não evidentes de subsunção da expressão 'pagamento integral' contido na LPS, que o faça tendo em vista todas as nuances acima esposadas. Aliás, a substituição do regulador por este e. Tribunal deverá sopesar os múltiplos interesses em jogo, ponderando a saúde do sistema com a promoção dos direitos dos beneficiários, mas também enfrentando objetivamente a forma de se implementar o pagamento integral em cada regime de custeio à luz de suas particularidades. Isso tudo sob pena de que o sistema entre em colapso" (fls. 1.115/1.121 e-STJ).

Cabe ressaltar que não é vedado aos empregados em atividade e ao empregador subvencionarem os aposentados, mas também não há obrigatoriedade, devendo haver esclarecimentos aos demais atores envolvidos acerca de possíveis

Superior Tribunal de Justiça

aumentos de mensalidades (art. 20, parágrafo único, da RN nº 279/2011 da ANS) a fim de evitar a seleção adversa.

Logo, sugere-se a seguinte redação de tese:

O art. 31 da Lei nº 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.

No tocante ao último tópico, concernente a eventual direito adquirido do usuário a modelo de custeio, o Ministro Relator assim definiu a tese:

"(...)

O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter por prazo indeterminado no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo-se substituir a operadora, o modelo de prestação de serviços, a forma de custeio e os respectivos valores, atendida a paridade com os ativos."

De fato, tal entendimento está em harmonia com a jurisprudência deste Tribunal Superior, a qual prega que,

"(...) mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo 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 consumidor ou a discriminação ao idoso" (REsp nº 1.479.420/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 11/9/2015).

Impende ressaltar, ainda, que, nos casos de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período temporário de manutenção da condição de beneficiário no plano coletivo garantida pelos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, poderá o beneficiário se utilizar do instituto da portabilidade de carências: instrumento regulatório, destinado a incentivar tanto a concorrência no setor de saúde suplementar quanto a maior mobilidade do usuário no mercado, fomentando suas possibilidades de escolha, visto que o isenta da necessidade de cumprimento de novo período de carência.

Superior Tribunal de Justiça

A propósito, vale transcrever o art. 8º, III e IV, e § 1º, da RN/ANS nº 438/2018:

"Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

(...)

III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;

IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

(...)

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput."(grifou-se)

Com isso, sugere-se o seguinte aperfeiçoamento na tese:

O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos respectivos valores, desde que mantida a paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências.

Por fim, cumpre esclarecer que a fundamentação do julgado também se aplica, integralmente, às entidades de autogestão, já que operam planos coletivos empresariais, não tendo sido utilizada na motivação a legislação consumerista (Súmula nº 608/STJ), mas apenas normas da área da Saúde Suplementar.

Diante do exposto, são propostos os seguintes ajustes e teses jurídicas para os efeitos dos arts. 1.038 e 1.039 do CPC/2015:

a) Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei nº 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano

Superior Tribunal de Justiça

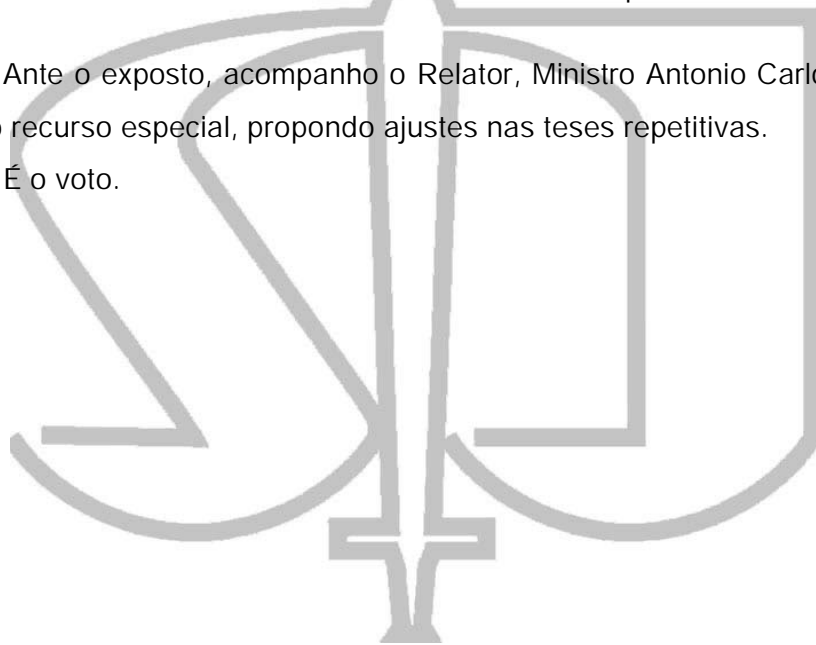
coletivo empresarial.

b) O art. 31 da Lei nº 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador.

c) O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos respectivos valores, desde que mantida a paridade com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências.

Ante o exposto, acompanho o Relator, Ministro Antonio Carlos Ferreira, para dar provimento ao recurso especial, propondo ajustes nas teses repetitivas.

É o voto.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.487 - SP (2019/0159691-0)
RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIZ FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS AUTOMOTORES
LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - FENASAÚDE -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO CONSUMIDOR -
BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS
MED - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821
MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO EM
SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191

Superior Tribunal de Justiça

BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680

VOTO-VOGAL

O EXMO. SR. MINISTRO NANCY ANDRIGHI:

Cuida-se de recurso especial interposto por VALMIR NASCIMENTO DA SILVA, fundamentado na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Ação: de obrigação de fazer, ajuizada por VALMIR NASCIMENTO DA SILVA, em face de MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A. e VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS AUTOMOTORES LTDA, pretendendo a manutenção do plano de saúde após a aposentadoria, nas mesmas condições de que gozava quando na atividade, assumindo o seu custeio integral.

Sentença: o Juízo de primeiro grau julgou improcedente o pedido.

Acórdão: o TJ/SP, à unanimidade, negou provimento à apelação interposta por VALMIR. Eis a ementa do acórdão:

CERCEAMENTO DE DEFESA - Inocorrência - Desnecessidade de outros elementos para o convencimento do magistrado. Nulidade afastada. PLANO DE SAÚDE - Obrigação de fazer. Pretensão à manutenção do autor como beneficiário do plano de saúde que vigia à época em que era empregado. Possibilidade de a ex-empregadora contratar planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e inativos, desde mantidas as mesmas condições de assistência de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, assumindo integralmente o pagamento do prêmio - Contratação de plano de saúde autônomo pela empregadora, com imposição de grau de moderação pautado na faixa etária que não acarreta qualquer ilegalidade - Valor da mensalidade que não se revela abusivo, mostrando-se razoável e de acordo com as condições de mercado - Ação improcedente - Sentença mantida. Art. 252, RITJSP. Recurso desprovido.

Recurso especial: aponta violação do art. 31 da Lei nº 9.656/98.

Superior Tribunal de Justiça

Sustenta, em síntese, que “os requisitos para que o recorrente pudesse gozar do plano de saúde na modalidade vitalícia estão preenchidos, a saber: ter contribuído para o pagamento do plano de saúde, ser aposentado e o contrato com a seguradora com vigência por mais de 10 (dez) anos” (fl. 473, e-STJ).

Afirma que “o legislador, ao introduzir no ordenamento jurídico as regras esculpidas no art. 31 da Lei n.º 9656/98, procurou assegurar ao ex-empregado aposentado, 'as mesmas condições' de cobertura de que o trabalhador gozava durante a atividade, mormente no que concerne aos padrões de atendimento, coberturas, ausência de carências (inclusive para doenças pré-existent) mas, também, a manutenção dos mesmos patamares pecuniários (valores) pagos pelo plano durante a atividade, desde que o ex-empregado aposentado assumia a integralidade do custeio” (fl. 474, e-STJ).

Alega que “a finalidade da norma foi possibilitar que o trabalhador, sobretudo após a extinção do contrato, pudesse usufruir dignamente de um benefício médico com valores razoáveis, possíveis de serem suportados, considerando o padrão médio de rendimentos de um aposentado brasileiro, sem o objetivo de lucros pelo ex-empregador ou pela operadora de saúde” (fl. 474, e-STJ).

Juízo de admissibilidade: o especial foi admitido pelo TJ/SP.

Decisão: em 29/10/2019, a Segunda Seção, por maioria, afetou o recurso especial para julgamento pelo rito dos recursos repetitivos, delimitando a seguinte controvérsia: Definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

Voto do Relator: na sessão de 25/11/2020, o e. Relator, Ministro Antônio Carlos Ferreira, propôs as seguintes teses: (I) “eventuais mudanças de

operadora do plano de saúde, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei n. 9.656/1998"; (II) "o art. 31 da Lei n. 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em um único plano de saúde, com as mesmas condições de cobertura assistencial, aí incluída a paridade nos modelos de prestação de serviço, na forma de custeio e nos valores de contribuição, cabendo ao inativo recolher, também, a parcela que, quanto aos ativos, é custeada pelo empregador"; (III) "o ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter por prazo indeterminado no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo-se substituir a operadora, o modelo de prestação de serviços, a forma de custeio e os respectivos valores, atendida a paridade com os ativos".

Com esses fundamentos, ao julgar a hipótese dos autos, Sua Excelência negou provimento ao recurso especial.

Na sessão de 09/12/2020, o i. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva apresentou voto-vista, acompanhando o e. Relator, mas sugerindo alterações na redação das teses.

É O BREVE RELATO DOS FATOS.

A controvérsia, bem delimitada no voto do i. Relator, consiste em definir quais condições assistenciais e de custeio do plano de saúde devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, especificamente: (i) o tempo de manutenção do ex-empregado aposentado como beneficiário no plano de saúde – prazo determinado ou indeterminado – e a

contagem do prazo decenal; (ii) os direitos assistenciais a que tem direito o ex-empregado aposentado e encargos financeiros (custeio) que deverá suportar; e (iii) a ausência de direito adquirido aos mesmos modelos assistencial e de custeio quando em vigor o contrato de trabalho do ex-empregado aposentado – direito do inativo à paridade com o ativo na atualidade.

DO TEMPO DE MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO APOSENTADO COMO BENEFICIÁRIO NO PLANO DE SAÚDE – PRAZO DETERMINADO OU INDETERMINADO – E DA CONTAGEM DO PRAZO DECENAL

No que tange ao tempo de manutenção do ex-empregado aposentado como beneficiário no plano de saúde e da forma de contagem do prazo decenal, acompanho integralmente os fundamentos do e. Relator, tendo em vista que eles reafirmam a norma expressa no *caput* do art. 31 da Lei 9.656/1998 e nos arts. 6º, § 2º, e 23 da Resolução Normativa ANS 279/2011, bem como se alinham ao entendimento explicitado no REsp 1.680.318/SP e no REsp 1.708.104/SP (Segunda Seção, julgado em 22/08/2018, DJe de 24/08/2018), como bem ressaltado no voto.

E, assim como Sua Excelência, adiro à sugestão feita na sessão pelo e. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva para que a primeira tese seja redigida nestes termos: “Eventuais mudanças de operadora, de modelo de prestação de serviço, de forma de custeio e de valores de contribuição não implicam interrupção da contagem do prazo de 10 (dez) anos previsto no art. 31 da Lei no 9.656/1998, devendo haver a soma dos períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou indeterminada do trabalhador aposentado no plano coletivo empresarial”.

DOS DIREITOS ASSISTENCIAIS A QUE TEM DIREITO O EX-EMPREGADO APOSENTADO E ENCARGOS FINANCEIROS (CUSTEIO) QUE DEVERÁ SUPORTAR

Ao analisar o disposto no art. 31 da Lei 9.656/1998, que trata do direito de manutenção do ex-empregado aposentado e contribuinte do plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, o i. Relator, com maestria, afirmou que “essa simetria só é efetiva quando a forma, o modelo e o valor de custeio forem os mesmos naquele universo de beneficiários – ativos e inativos –, observadas as distinções próprias do plano, em especial as faixas etárias, e que “hão de se reputar como ilegais, dessarte, as disposições contidas nos arts. 13, II, 17, 18 e 19 da RN n. 279/2011, que, contrariando a norma do art. 31 da Lei n. 9.656/1998, autorizam a constituição de um plano de saúde específico para os inativos, com valores superiores aqueles desembolsados pelos empregados da ativa”.

No tocante ao poder regulamentar da ANS, e, portanto, à validade e à interpretação da mencionada Resolução 279/2011, por ela editada, entendo oportuno fazer alguns comentários, em reforço à fundamentação tecida por Sua Excelência.

A Lei 9.961/2000, que instituiu a ANS como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde, prevê, dentre as suas atribuições, a de “estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998” (art. 4º, XI).

No exercício desse poder normativo conferido às agências reguladoras pelo legislador, pontua Maria Sylvia Zanella di Pietro:

As normas que podem baixar resumem-se ao seguinte: (a) regular a própria atividade da agência por meio de normas de efeito interno; (b) conceituar, interpretar, explicitar conceitos jurídicos indeterminados contidos em lei, sem inovar na ordem jurídica. Essa segunda função explica-se pela natureza técnica e especializada das agências. A lei utiliza, muitas vezes, conceitos jurídicos indeterminados, cujo sentido tem que ser definido por órgãos técnicos especializados. (...) Se, ao exercer essa função, for além do previsto em lei, estará infringindo o princípio da legalidade. (...) Não se pode entender que esses órgãos exerçam função legislativa propriamente dita, com possibilidade de inovar na ordem jurídica, pois isto contrariaria o princípio da separação de poderes e a norma inserida entre os direitos fundamentais, no art. 5º, II, da Constituição, segundo a qual ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei (Direito Administrativo. 18ª ed. São Paulo: Atlas, p. 417 – grifou-se)

Adverte Leila Cuéllar, na mesma ordem de ideias, que os atos editados pelas agências reguladoras “não podem desrespeitar as normas e princípios de direito que lhes são superiores” e, por isso, lhes é “vedado modificar, suspender, derrogar ou revogar as normas e princípios constitucionais ou contrariar a lei, entendida em sentido amplo” (As agências reguladoras e seu poder normativo. São Paulo: Dialética, 2001. p. 124).

Nessa linha, o Plenário do STF reafirmou, no julgamento da ADI 2.095/RS (Relator(a): Min. Cármen Lúcia, julgado em 11/10/2019, DJe de 26/11/2019), que “o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência”, consoante se infere deste trecho do voto condutor do acórdão:

Este Supremo Tribunal, na linha do acórdão de indeferimento da cautelar na presente ação, tem proclamado que o poder normativo atribuído às agências reguladoras deve ser exercitado em conformidade com a ordem constitucional e legal de regência:

“O campo no qual o agente regulador atua com liberdade tem suas margens definidas pelos conteúdos que podem ser

inequivocamente extraídos, senão da letra da lei, pelo menos do propósito claro e manifesto do legislador. Para ser legítima, a atuação normativa do agente regulador deve ser capaz de ser justificada como a integração de uma evidente escolha legislativa. Em outras palavras, a orientação seguida pelo Administrador deve necessariamente traduzir uma escolha previamente realizada pelo Legislador, que lhe confere autoridade, e não uma interpretação possível, entre tantas outras, de conceitos jurídicos indeterminados.

Isso em absoluto significa reduzir a regulação setorial ao preenchimento de lacunas e muito menos à execução mecânica da lei.

Dotada de inquestionáveis relevância e responsabilidade, a função regulatória só é dignificada pelo reconhecimento de que não é inferior nem exterior à legislação. Exercida em um espaço que se revela qualitativamente diferente daquele em que exercida a competência legiferante, a competência regulatória é, no entanto, conformada pela ordem constitucional e legal vigente.

O poder normativo atribuído às agências reguladoras pelas respectivas leis instituidoras consiste em instrumento para que dele lance mão o agente regulador de um determinado setor econômico ou social na implementação das diretrizes, finalidades, objetivos e princípios expressos na Constituição e na legislação setorial. No domínio da regulação setorial, a edição de ato normativo geral e abstrato (poder normativo) destina-se à especificação de direitos e obrigações dos particulares. Não permite a Constituição, no entanto, lhes seja emprestada força legislativa suficiente para criá-los ou extingui-los. O poder normativo atribuído às agências reguladoras vocaciona-se a 'traduzir, por critérios técnicos, os comandos previstos na Carta Magna e na legislação infraconstitucional acerca do subsistema regulado'.

2 A norma regulatória deve se compatibilizar com a ordem legal, integrar a espécie normativa primária, adaptando e especificando o seu conteúdo, e não substituí-la ao inovar na criação de direitos e obrigações.

Seu domínio próprio é o do preenchimento dos espaços normativos deixados em aberto pela legislação, e não o da criação de novos espaços.

Hierarquicamente subordinado à lei, o poder normativo atribuído às agências reguladoras não lhes faculta inovar *ab ovo* na ordem jurídica, mormente para "impor restrições à liberdade, igualdade e propriedade ou determinar alteração do estado das pessoas"

3. Vale ressaltar, ainda, que, sendo uma das justificativas centrais para a emergência da regulação setorial por agências independentes o elevado grau de segurança jurídica exigido pela

complexidade das relações sociais no mundo contemporâneo, admitir alto grau de discricionariedade do agente regulador ou baixa vinculação da regulação aos limites impostos pela lei contraria a sua própria finalidade institucional, passando, as agências reguladoras, de agentes estabilizadores a fatores de instabilidade jurídica” (ADI 4093, Relatora a Ministra Rosa Weber, Dje. 29.4.2014).

Especificamente no tocante à ANS, a e. Ministra Carmen Lúcia, em decisão monocrática exarada nos autos da MC na ADPF 532/DF (DJE de 02/08/2018), por meio da qual suspendeu a eficácia da Resolução Normativa ANS 433/2018, manifestou, com propriedade, sua preocupação com “situações desarrazoadas de incerteza provocadas pelo advento de normas editadas fora do espaço legislativo próprio e com a garantia do devido processo legislativo que permite a transparência dos debates, das razões e das finalidades buscadas pelas normas, especialmente sobre direitos fundamentais”. Conquanto a decisão tenha posteriormente perdido a eficácia, porque julgada prejudicada a ADPF 532/DF, em virtude da perda do objeto pela revogação superveniente do ato estatal impugnado, merecem destaque os seus fundamentos, por sua pertinência com a questão ora em exame:

10. A segurança jurídica exigida nas contratações é também princípio determinante para respeito ao devido processo legislativo. É ele que assegura ao cidadão o conhecimento prévio do direito que se pretende estabelecer, suas razões e finalidades de cada norma, a participação da sociedade legitimador do ordenamento jurídico.

Por isso, normas editadas pelos órgãos e entidades administrativas não podem inovar a ordem jurídica, ressalva feita à expressa autorização constitucional e não com o objetivo de restringir direitos fundamentais.

A edição de norma administrativa que inaugura situação de constrangimento a direito social fundamental, como é o caso da saúde, não apenas pode vir a limitar esse direito, mas também instala situação da segurança e da confiança no direito e do direito, o que tem contribuído para a instabilidade das relações sociais brasileiras e, mais

ainda, tem minado a confiança dos cidadãos nas instituições públicas.

Daí porque a observância da Constituição é urgente por todos nós, incluídos e principalmente, servidores do Poder Judiciário, atuando como guarda permanente da Lei que dá fundamento a todas as outras.

Permitir que órgãos e entidades administrativas inovem a ordem jurídica é anuir em que o direito seja instrumento insuficiente ou incapaz de dotar de segurança as relações sociais, a boa fé que está na base dos contratos firmados, a confiança que os negócios devem prover, tudo em contrariedade à conquista constitucional do Estado de Direito.

(...)

13. A saúde tida como direito fundamental da pessoa não pode ser tida apenas como ausência de doença, como afirmei, por exemplo, na ADPF n. 101, mas como estado de bem estar ocasionado pelas condições gerais que lhe asseguram segurança e confiança no seu entorno sóciopolítico e econômico. Esse direito é, portanto, posto em questão quando se configuram situações desarrazoadas de incerteza provocadas pelo advento de normas editadas fora do espaço legislativo próprio e com a garantia do devido processo legislativo que permite a transparência dos debates, das razões e das finalidades buscadas pelas normas, especialmente sobre direitos fundamentais.

A confiança em todo o sistema não pode ser diminuída ou eliminada por normas cuja correção formal é passível de questionamento judicial.

14. Causa estranheza que matéria relativa ao direito à saúde, de tamanha relevância social, e que a Constituição afirma que, no ponto relativo a planos específicos, somente poderá ser regulamentada nos termos da lei, e sem que a ela, aparentemente, se atenha, deixe de ser cuidada no espaço próprio de apreciação, discussão e deliberação pelos representantes do povo legitimamente eleitos para o Congresso Nacional, e seja cuidado em espaço administrativo restrito, com parca discussão e clareza, atingindo a sociedade e instabilizando relações e aumentando o desassossego dos cidadãos.

Daí porque, nesse momento processual, é recomendável que se assegure a estabilidade do atual sistema de saúde suplementar à luz da Constituição brasileira.

15. O negócio jurídico consubstanciado nos contratos de adesão propostos pelas operadoras de saúde deve obrigatoriamente observar os ditames constitucionais da máxima eficiência, da transparência, da legalidade e, ainda, ao art. 170 da Constituição do Brasil, segundo o qual:

“Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios...”. (grifou-se)

Não por outro motivo, aliás, Bruno Miragem, ao tratar do poder de regulação da ANS, alerta para um superdimensionamento dessa competência normativa secundária (regulamentar), a qual, segundo afirma, “tem dado causa à edição de regulamentos de frágil conformidade com as disposições e/ou o fundamento teleológico da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor” (Curso de Direito do Consumidor. 4ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 410).

Sob essa ótica, a primeira conclusão que se pode extrair é a de que os atos normativos exarados pela ANS, além de compatíveis com a Lei 9.656/1998 e a Lei 9.961/2000, devem ter conformidade com a CF/1988, o CDC (com a ressalva apenas para os contratos de autogestão, nos termos da súmula 608/STJ), o Estatuto do Idoso, dentre outras leis, não lhe cabendo inovar a ordem jurídica.

Com relação à CF/1988, é inegável que os atos normativos devem afirmar a relevância pública atribuída aos serviços de saúde pelo texto constitucional, dada a importância social da atividade exercida pelas operadoras de planos de saúde ao contribuírem, ainda que em caráter suplementar, para a concretização do direito à saúde garantido a todos pelo constituinte (arts. 196, 197 e 199 da CF/1988). Nessa toada, afirmou o e. Ministro Marco Aurélio, no voto condutor da ADI 1.931/DF (Pleno, julgada em 07/02/2018, DJe de 08/06/2018) que “a promoção da saúde, mesmo na esfera privada, não se vincula às premissas do lucro” e que “a atuação no lucrativo mercado de planos de saúde não pode ocorrer à revelia da importância desse serviço social, reconhecida no artigo 197 do Texto Maior”, *verbis*:

Superior Tribunal de Justiça

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

No que tange ao CDC, com a ressalva já feita aos contratos de autogestão (súmula 608/STJ), observa Aurisvaldo Melo Sampaio: “mesmo os poderes normativo e regulamentar da ANS devem ser exercidos com observância das normas insertas no CDC, inclusive os seus princípios, revelando-se ilegais, ofensivos à ordem jurídica, sempre que desses limites discreparem, sujeitando-se ao controle judicial em tais hipóteses” (O regime jurídico dos contratos de plano de saúde e a proteção do sujeito mais fraco das relações de consumo. São Paulo: RT, 2010. p. 267).

Acrescenta-se, ainda, a lição de Maria Stella Gregori:

A criação da ANS foi um marco importante para o mercado de saúde suplementar, à medida que o Estado sinalizava, de um lado, que esta atividade estava submetida aos princípios constitucionais da ordem econômica, da livre iniciativa e competição, por considera-los instrumentos agregadores de eficiência a esse mercado; e, de outro, que tais atividades deveriam ser desenvolvidas de acordo com decisões e regulamentações editadas por um órgão estatal responsável por autorizar, regulamentar e fiscalizar o exercício dessas atividades, de modo a permitir que a competição se desse de forma saudável e em benefício da sociedade como um todo.

(...)

Como já se ressaltou, a ANS não pode ser vista como um órgão de defesa do consumidor, nem integrante do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor-SNDC, o que não quer dizer que o consumidor não seja beneficiário final de suas ações, pois é a partir da busca pelo equilíbrio das relações e forças existentes no mercado que se poderá trazer maiores benefícios ao cidadão-consumidor, inclusive de forma coletiva e abrangente.

(...)

Na busca desse equilíbrio, a defesa do consumidor é perseguida, mas com foco no mercado, diferentemente dos órgãos próprios, integrantes do SNDC, que buscam essencialmente a satisfação do consumidor.

Insista-se, porém, que a diferença de foco entre os órgãos eminentemente consumeristas e a ANS não lhe retira sua

função de instrumento, sem dúvida nenhuma, de proteção do consumidor e, ainda, conta com a disponibilização de canais de acesso para que o fornecedor faça suas consultas ou reclamações sobre o setor de saúde suplementar. (Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. 4ª ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2019. p. 48 e 80-81)

Quanto ao Estatuto do Idoso, a lei é enfática ao vedar a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade (art. 15, §3º, da Lei 10.741/2003), reforçando, assim, o comando extraído do art. 14 da Lei 9.656/1998 segundo o qual, em razão da idade do consumidor, ninguém pode ser impedido de participar de planos privados de assistência à saúde.

Nota-se, portanto, a clara intenção do legislador em garantir a atenção integral à saúde do idoso, que não pode ser ignorada, enfraquecida ou contrariada pela ANS, sobretudo ante a inegável dificuldade, nessa fase da vida, de ingresso em um novo plano individual ou familiar, especialmente em virtude da sua onerosidade, e no momento em que a pessoa mais necessita do serviço.

Por sinal, Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado, ao comentarem o art. 31 da Lei 9.656/1998, afirmam que a regra “tem como fundo o veto de recusar a filiação em razão da idade” e concluem:

Quem tiver contribuído por 10 anos para um ou alguns planos de saúde enquanto trabalhou já não pode mais ser *descartado* – a expressão é grosseira mas é exata – pela operadora do plano de saúde a que estiver vinculado. Não é essencial que seja um único plano, de uma única operadora por 10 anos. Basta a prova de que houve contribuição para planos sucessivos, tenha ou não havido contribuições, por 10 anos ou mais, para ter assegurado o direito de manter-se filiado, pagando integralmente o custo do serviço ou do seguro, essa a condição indispensável para a manutenção do direito. (Lei dos planos e seguros de saúde: comentada e anotada artigo por artigo. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003. p. 219-220)

Então, quando o legislador transfere para a ANS a função de

“estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998” (art. 4º, XI, da Lei 9.961/2000), não cabe ao órgão regulador, a pretexto de fazê-lo, restringir esses mesmos direitos ou, de qualquer forma, frustrar o seu pleno exercício, fragilizando a rede de proteção criada em favor do idoso.

Nessa toada, a leitura do art. 31 da Lei 9.656/1998, que determina que ao aposentado que contribuir para o plano de saúde, em decorrência do 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, não autoriza a ANS a criar uma segunda opção que tende a abolir esse direito, como o fez nos arts. 13, II, 17, 18 e 19 da Resolução 279/2011, senão estabelecer os critérios, as responsabilidades, as obrigações e as normas de procedimento para efetivá-lo, tal como previu o legislador.

Em verdade, conhecendo a realidade do alto custo dos planos de saúde individuais e familiares, sabidamente inacessível para uma esmagadora parcela da população brasileira, não há como negar que os arts. 13, II, 17, 18 e 19 da Resolução ANS 279/2011 acabam por cancelar o “descarte” do idoso – mencionado por Maury Ângelo Bottesini e Mauro Conti Machado –, na medida em que concedem ao ex-empregador o aval para oferecer ao aposentado um serviço mais caro, justamente quando ele tem menor condição financeira para assumi-lo, forçando-o, em muitas das vezes, a resilir o contrato. Isso sem falar que, por força da solidariedade intergeracional, o aposentado contribuiu por anos, quando mais novo, para suportar parte dos custos gerados pelos mais velhos, na legítima expectativa de que, quando mais velho fosse, outros contribuíssem para suportar

os seus próprios custos com assistência à saúde, expectativa essa que se frustra, injustamente, quando se vê impossibilitado de continuar pagando pelo serviço.

Tal cenário revela que os arts. 13, II, 17, 18 e 19 da Resolução ANS 279/2011 estabelecem alternativa que é financeiramente conveniente apenas para o estipulante e para a operadora, considerando o maior grau de risco de doenças e outros agravos à saúde do beneficiário de idade mais avançada.

Por todo o exposto, se infere que a ANS, ao facultar ao ex-empregador a escolha pela contratação de um plano de saúde exclusivo para os ex-empregados aposentados, com condições de reajuste, preço, faixa etária diferenciadas daquelas verificadas no plano privado de assistência à saúde contratado para os empregados ativos, extrapola os limites do seu poder normativo, desrespeita a finalidade protetiva da norma que regulamenta e o pacto intergeracional em que se fundam os planos privados de assistência à saúde, ofendendo, por conseguinte, o princípio da legalidade.

Não por outra razão, no julgamento do REsp 1.713.619/SP (julgado em 16/10/2018, DJe 12/11/2018), de minha relatoria, a Terceira Turma afirmou que “o art. 31 da Lei 9.656/98, regulamentado pela Resolução Normativa 279/2011 da ANS, não alude a possibilidade de um contrato de plano de saúde destinado aos empregados ativos e outro destinado aos empregados inativos” e “não faz distinção entre ‘preço’ para empregados ativos e empregados inativos”, tendo, afinal, concluído que “o ‘pagamento integral’ da redação do art. 31 da Lei 9.656/98 deve corresponder ao valor da contribuição do ex-empregado, enquanto vigente seu contrato de trabalho, e da parte antes subsidiada por sua ex-empregadora, pelos preços praticados aos funcionários em atividade, acrescido dos reajustes legais”.

Com esses acréscimos, adiro, assim como Sua Excelência, à sugestão

proposta na sessão pelo i. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, com o aditamento feito, na mesma ocasião, pelo e. Relator, para que a segunda tese seja redigida nestes termos: “O art. 31 da Lei nº 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, contendo as mesmas condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, o que inclui, para todo o universo de beneficiários, a igualdade de modelo de pagamento e de valor de contribuição, admitindo-se a diferenciação por faixa etária se for contratada para todos, cabendo ao inativo o custeio integral, cujo valor pode ser obtido com a soma de sua cota-parte com a parcela que, quanto aos ativos, é proporcionalmente suportada pelo empregador”.

DA AUSÊNCIA DE DIREITO ADQUIRIDO AOS MESMOS
MODELOS ASSISTENCIAL E DE CUSTEIO QUANDO EM VIGOR O
CONTRATO DE TRABALHO DO EX-EMPREGADO APOSENTADO – DIREITO
DO INATIVO A PARIDADE COM O ATIVO NA ATUALIDADE

Quanto a essa questão, acompanho, sem acréscimos, os fundamentos do e. Relator, porquanto consolidam o entendimento vigente em ambas as Turmas de Direito Privado desta Corte sobre a paridade entre ativos e inativos, consoante se verifica, inclusive, dos diversos julgados mencionados por Sua Excelência.

No que tange à tese, Sua Excelência aderiu, integralmente, à sugestão trazida na sessão pelo e. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, assim redigida: “O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos respectivos valores, desde que mantida a paridade com o

modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências.

Quanto a essa redação, faço ressalva apenas com relação à referência feita à portabilidade no enunciado da tese, por entender que, a despeito de se tratar de relevante garantia nas situações em que há a extinção do vínculo de beneficiário, como bem salientou o i. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva na fundamentação do voto-vista, a delimitação da controvérsia restringe-se às condições assistenciais e de custeio para a manutenção do aposentado no plano de saúde, nos termos do art. 31 da Lei n. 9.656/1998.

Por isso, sugiro a seguinte redação para a terceira tese: “O ex-empregado aposentado, preenchidos os requisitos do art. 31 da Lei no 9.656/1998, não tem direito adquirido de se manter no mesmo plano privado de assistência à saúde vigente na época da aposentadoria, podendo haver a substituição da operadora e a alteração do modelo de prestação de serviços, da forma de custeio e dos respectivos valores, desde que mantida a paridade com o modelo dos trabalhadores ativos”.

DA HIPÓTESE DOS AUTOS

Como bem observou o i. Relator, a sentença e o acórdão recorrido invocam precedentes desta Corte Superior que admitem que a ex-empregadora contrate planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e os inativos (cf. e-STJ fls. 386 e 464), tendo sido reconhecida, na hipótese, a validade da distinção na forma de custeio e nos valores de contribuição entre ativos e inativos, em contrariedade, portanto, às teses consolidadas neste julgamento.

Forte nessas razões, acompanho o voto do e. Relator, para aprovar as teses propostas, sugerindo apenas a alteração na redação da terceira tese, e, no

Superior Tribunal de Justiça

particular, para dar provimento ao recurso especial e, por conseguinte, julgar procedente o pedido deduzido na exordial.



**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
SEGUNDA SEÇÃO**

Número Registro: 2019/0159691-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.818.487 / SP

Número Origem: 10327353620178260564

PAUTA: 25/11/2020

JULGADO: 25/11/2020

Relator

Exmo. Sr. Ministro **ANTONIO CARLOS FERREIRA**

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra **MARIA ISABEL GALLOTTI**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **SADY D'ASSUMPÇÃO TORRES FILHO**

Secretária

Bela. **ANA ELISA DE ALMEIDA KIRJNER**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : VALMIR NASCIMENTO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA - SP153649
RECORRIDO : MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAUDE S.A.
ADVOGADOS : ANDRÉ LUIZ SOUZA DA SILVEIRA E OUTRO(S) - DF016379
LUIZ FELIPE FREIRE LISBOA E OUTRO(S) - DF019445
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825
RECORRIDO : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDUSTRIA DE VEICULOS AUTOMOTORES
LTDA
ADVOGADOS : ADRIANA FONSECA PALINKAS NEVES - SP208726
ANTÔNIO CARLOS BRANDÃO JÚNIOR - SP261269
ANA CAROLINA REMIGIO DE OLIVEIRA - SP335855
RAFAEL GOOD GOD CHELOTTI - SP422275
INTERES. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : GUILHERME VALDETARO MATHIAS - RJ075643
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - FENASAÚDE -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIREITO DO CONSUMIDOR -
BRASILCON - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIMED DO BRASIL CONFEDERACAO NAC DAS COOPERATIVAS MED -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : MARCIO ANTONIO EBRAM VILELA - SP112922
JOSÉ CLÁUDIO RIBEIRO OLIVEIRA - SP092821

Superior Tribunal de Justiça

MÁRCIA APARECIDA MENDES MAFFRA ROCHA - SP211945
RAPHAEL CARVALHO DE OLIVEIRA - SP366173
INTERES. : FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : CANDIDO RANGEL DINAMARCO - SP091537
BRUNO VASCONCELOS CARRILHO LOPES - SP206587
OSWALDO DAGUANO JÚNIOR - SP296878
CAROLINE DAL POZ EZEQUIEL - SP329960
INTERES. : UNIDAS - UNIAO NACIONAL DAS INSTITUICOES DE AUTOGESTAO EM
SAUDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
GISELE FERREIRA SOARES - SP311191
BRUNA ARIANE DUQUE - SP369029
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADO : CHRISTIAN TARIK PRINTES E OUTRO(S) - SP316680
ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

SUSTENTAÇÃO ORAL

Sustentaram oralmente pelos Recorridos MEDISERVICE OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE S.A., o Dr. Rodrigo Tannuri, e VOLKSWAGEN DO BRASIL INDÚSTRIA DE VEICULOS AUTOMOTORES LTDA, a Dra. Adriana Fonseca Palinkas Neves.

Sustentaram oralmente pelos Amicus Curiae, a seguir:

FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER, o Dr. OSWALDO DAGUANO JÚNIOR;

UNIMED, o Dr. José Cláudio Ribeiro Oliveira;

IDEC, o Dr. Walter José Faiad de Moura;

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, a Dra. ALICE BERNARDO VORONOFF;

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, o Dr. GUILHERME VALDETARO MATHIAS; e

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, a Dra. MARIA ROSA GUIMARAES LOULA.

CERTIDÃO

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

Após o voto do Sr. Ministro Relator dando provimento ao recurso especial e fixando teses repetitivas, pediu VISTA o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.

Aguardam os Srs. Ministros Marco Buzzi, Marco Aurélio Bellizze, Nancy Andrichi, Luis Felipe Salomão, Raul Araújo e Paulo de Tarso Sanseverino.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Presidiu o julgamento a Sra. Ministra Maria Isabel Gallotti.