

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.539.815 - DF (2015/0150071-9)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
RECORRENTE : **ORLANDO CLAPP FILHO**
ADVOGADOS : **SAVIO DE FARIA CARAM ZUQUIM - DF009191**
 SEBASTIÃO DO ESPÍRITO SANTO NETO - DF010429
 SAULO FARIA CARAM ZUQUIM E OUTRO(S) - DF037651
RECORRIDO : **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A**
ADVOGADOS : **ROBERTA ALVES ZANATTA - DF016646**
 MICHEL DOS SANTOS CORRÊA - DF030599
 CAMILA NOGUEIRA DE R.L. RIBEIRO E OUTRO(S) - DF026486

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE ILEGALIDADE DE COBRANÇA DE MENSALIDADES RELATIVAS A PLANO DE SAÚDE C/C REPETIÇÃO DE INDÉBITO. CONTRIBUIÇÃO DE EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS E EX-EMPREGADOS. IMPOSSIBILIDADE. INTERPRETAÇÃO DO ART. 30 DA LEI N. 9.656/1998 QUE PRESCINDE DA APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO N. 279/2011. REPETIÇÃO EM DOBRO. ART. 42, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CDC. NECESSIDADE DE MÁ-FÉ DO CREDOR. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

1. Trata-se, na origem, de ação declaratória de ilegalidade da cobrança de mensalidades relativas a plano de saúde c/c repetição do indébito proposta por ex-empregado, demitido sem justa causa, que ao deixar a empresa teve o valor de sua contribuição aumentada de R\$ 2.840,46 (dois mil, oitocentos e quarenta reais e quarenta e seis centavos) para R\$ 6.645,16 (seis mil, seiscentos e quarenta e cinco reais e dezesseis centavos).

2. Consoante dispõe o art. 30 da Lei n. 9.656/1998, "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".

3. Sendo a resolução um ato normativo subordinado à lei, não pode restringir, ampliar ou modificar direitos e obrigações por ela previstos, a exemplo do que ocorre com o poder regulamentar do Executivo, cujos limites estão descritos no art. 84, IV, da Constituição Federal, e têm por objetivo justamente a fiel execução da lei.

4. A Resolução n. 279/2011, por meio de seu art. 16, não inovou na ordem jurídica, ao assinalar que a manutenção do ex-empregado, demitido sem justa causa, na condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava, observará "as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho", haja vista que essa compreensão já era possível de ser extraída, antes mesmo de sua edição, como decorrência da interpretação sistemática do texto legal que a antecedeu, qual seja, o art. 30 da Lei n. 9.656/1998, que, diante de situação idêntica, assegurava ao ex-empregado o direito de manter-se vinculado ao plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava à época da vigência do contrato de trabalho, "desde que assuma o seu pagamento integral".

5. O referido ato normativo veio apenas para corroborar aquilo que já se podia depreender do espírito protetivo da lei, voltado a preservar ao trabalhador o acesso à saúde, bem como aos seus dependentes, diante de uma situação que, em decorrência da perda do emprego, acabou por torná-lo ainda mais vulnerável.

6. Segundo a jurisprudência desta Corte, a condenação à restituição em dobro, conforme previsão do artigo 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, somente é cabível na hipótese de ser demonstrada a má-fé do fornecedor ao cobrar do consumidor os valores indevidos, o que não se verifica nos autos.

7. Recurso especial parcialmente provido.

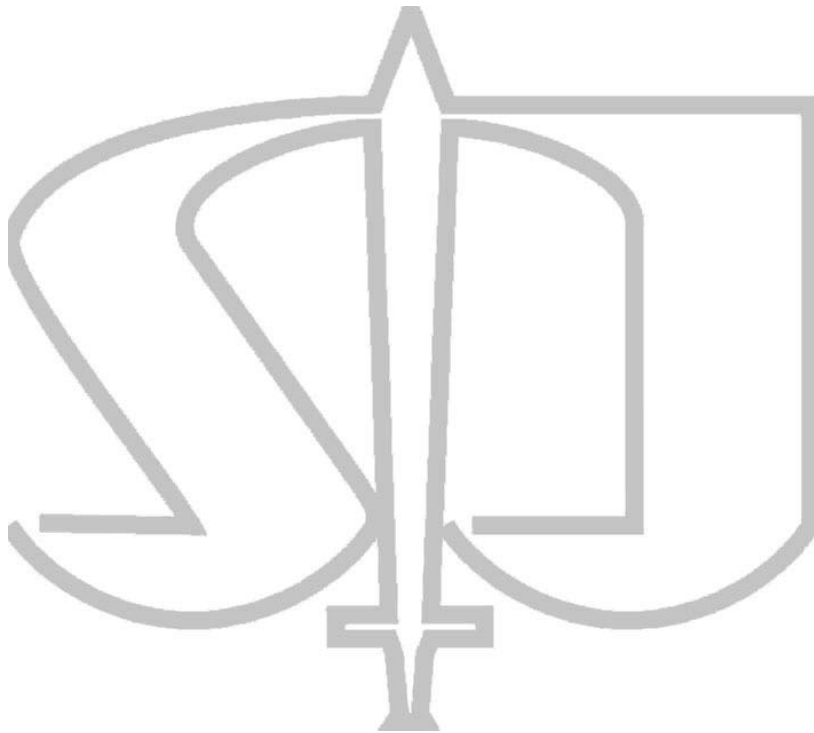
ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi, Paulo de Tarso Sanseverino e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 07 de fevereiro de 2017 (data do julgamento).

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



RECURSO ESPECIAL Nº 1.539.815 - DF (2015/0150071-9)

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE:

Na origem, Orlando Clapp Filho ajuizou ação declaratória de ilegalidade de cobrança cumulada com pedido de repetição de indébito e antecipação dos efeitos da tutela contra Amil Assistência Médica Internacional S.A. Extrai-se dos autos que o autor é contratante dos serviços de assistência médica hospitalar oferecidos pela ré e, enquanto manteve vínculo empregatício com o Departamento Nacional do SENAI, entre 16/3/1995 e 23/5/2011, era assistido pela ré em um plano coletivo denominado Plano de Assistência Médica Quality II, cuja cobertura era extensiva a sua esposa, seu filho e sua mãe. Afirmou que em seu último contracheque foi descontada a importância de R\$ 2.840,46 (dois mil, oitocentos e quarenta reais e quarenta e seis centavos), referente ao plano de saúde e, após ser demitido, manifestou interesse de manter-se vinculado ao mesmo plano, arcando com o pagamento integral das mensalidades, na forma do que dispõe o art. 30 da Lei n. 9.656/1998. Argumentou que a ré, em descumprimento à legislação de regência, aumentou o valor das mensalidades para R\$ 6.645,16 (seis mil, seiscentos e quarenta e cinco reais e dezesseis centavos), usando como base as tabelas constantes para os empregados inativos.

Contestado o feito (e-STJ, fls. 88-107), o magistrado de primeiro grau julgou improcedente o pedido e extinguiu o processo com a resolução do mérito na forma do art. 269, I, do CPC/1973 (e-STJ, fls. 261-266), ao entendimento de que "a vinculação às regras contratuais entabuladas após o desligamento da empresa e a assunção do pagamento das mensalidades foi instituída no mesmo instrumento contratual em que o benefício foi oferecido aos empregados - o aditivo contratual n. 15. Já em seu nascedouro, a regra era bastante clara quanto às implicações da continuidade no plano de saúde. De outra forma não poderia se dar, sob pena de se inviabilizar o contrato oferecido aos empregados da contratante, o qual teria que passar a trazer regras específicas para os beneficiários atingidos por esta ou aquela alteração contratual, aumentando os custos oriundos da avença, e, via de consequência, onerando a parte contratante e seus empregados, destinatários do plano" (e-STJ, fl. 266).

Interposta apelação (e-STJ, fls. 279-284), a Primeira Turma Cível do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, por unanimidade, negou provimento ao recurso nos termos da seguinte ementa (e-STJ, fls. 329-330):

DIREITO DO CONSUMIDOR E CIVIL. AÇÃO REVISIONAL PLANO DE SAÚDE COLETIVO PATROCINADO. BENEFICIÁRIO. ADESÃO. CESSAÇÃO DO CONTRATO DE EMPREGO. DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO EMPREGADO DEMITIDO. ASSUNÇÃO DA CONTRAPARTIDA RESERVADA AO ESTIPULANTE. PLANO. NATUREZA COLETIVA. PRESERVAÇÃO. REAJUSTES. OBSERVÂNCIA DOS CRITÉRIOS DESTINADOS AOS CONTRATOS INDIVIDUAIS. LIMITAÇÃO DA ANS. INAPLICABILIDADE. NATUREZA JURÍDICA PRESERVADA. CONTRATO ANTIGO. SUBSUNÇÃO À REGULAÇÃO LEGAL SUBSEQUENTE.

1. O contrato de plano de saúde de natureza coletiva encerra as nuances de que, conquanto nele figure como contratante pessoa jurídica na condição de estipulante, mormente porque, como ficção jurídica, obviamente é impassível de figurar como destinatária dos serviços convencionados, as coberturas contratadas estão destinadas às pessoas físicas alcançadas pelas coberturas convencionadas, resultando que, figurando o beneficiário como contratante mediato, inclusive porque participa pessoalmente do custeio das coberturas, e como destinatário final das coberturas oferecidas e enlaçando operadora como fomentadora dos serviços de plano de saúde o liame havido inscreve-se na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, emoldurando-se como relação de consumo e sujeitando-se, pois, às regras protetivas derivadas do Código de Defesa do Consumidor.

2. O contrato de plano de saúde, ainda que de natureza coletiva, aliado ao fato de que encerra relação de consumo, ante a irreversível evidência de que a operadora de seguros e planos de saúde se emoldura como prestadora de serviços e o beneficiário, de seu turno, se enquadra como destinatário final dos serviços fomentados, inscrevendo-se o liame havido na dicção dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, ostenta como principal característica o fato de que encarta relacionamento continuado e sem termo certo, ensejando que, conquanto tenha sido celebrado anteriormente à vigência da Lei 9.656/1998, sujeite-se à incidência do prescrito nesse instrumento legal protetivo, não de forma retroativa, mas como forma de o relacionamento ser pautado desde o advento da novel regulação pelo nela disposto.

3. Ao segurado que, aderindo ao plano em razão do contrato de trabalho, tem o vínculo empregatício desfeito, inclusive em razão de demissão sem justa causa, e resguardado o direito de optar, desde que assuma a contraprestação originariamente endereçada ao primitivo empregador, pela preservação das mesmas condições de cobertura oferecidas, competindo à operadora do plano, inclusive se constituída sob a forma de autogestão, implementar o direito derivado de expressa regulação legal e regulamentar.

4. Inexistindo plano constituído especificamente para atender aos participantes que tiveram os contratos de trabalho rompidos, o

desligamento do empregador que figurara como estipulante determina simplesmente a assunção da contrapartida, pelo beneficiário, anteriormente reservada ao empregador, não implicando sua migração para novo plano ou a formalização de nova relação jurídico-obrigacional, donde que o plano que continua beneficiando-o preserva a mesma natureza de plano coletivo que ostenta.

5. Como corolário do direito de o participante dispensado fruir das mesmas coberturas originariamente oferecidas sob o mesmo marco contributivo, assiste-lhe, à míngua de plano específico constituído sob essas premissas, ser mantido no plano que integrava, o que implica sua sujeição às mesmas condições que continuam pautando-o e são livremente convencionadas entre a operadora e o estipulante, pois o contrato coletivo de plano de saúde não está sujeito à regulação originária do órgão regulador - ANS - endereçada aos contratos individuais.

6. A permanência do desligado ou inativo na condição de beneficiário do plano coletivo de saúde, do tipo patrocinado, ao qual aderira enquanto estivera em atividade, não afeta a natureza do contrato nem o transmuda para individual, assegurando-lhe apenas a garantia de manutenção da mesma segmentação e cobertura, da rede assistencial, da área de abrangência e do padrão de internação, não alcançando questões referentes a prêmios, mensalidades ou reajustes, que permanecem sujeitos à livre negociação dos contratantes, ou seja, do acertado entre a operadora e o estipulante (arts. 30 e 31, da Lei n. 9.656/98).

7. Nos planos coletivos de saúde os índices de reajuste por variação de custos é definido com observância de cálculos atuariais, conforme as normas contratuais livremente firmadas entre a seguradora de saúde e o estipulante, não estando sujeitos à aprovação nem vinculados aos parâmetros firmados pelo órgão regulador - Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS -, que deles deverá ser simplesmente participado, donde não há como sujeitar o contrato coletivo à regulação destinada ao contrato individual.

8. Apelação conhecida e desprovida. Unânime.

Em relação a essa decisão colegiada, o apelante opôs embargos de declaração (e-STJ, fls. 360-366), alegando a existência de contradição no julgado, tendo em vista que, "em nenhum momento o recurso questionou os critérios de correção das mensalidades pagas pelo embargante, **mas sim a alteração das condições de cobertura**, pois, mesmo ciente de que, com o fim do vínculo laboral, passaria a arcar com os valores que antes eram pagos pelo empregador, o embargante foi surpreendido, no primeiro mês após seu desligamento, com a cobrança de valores substancialmente maiores daqueles que lhe eram cobrados quando ainda era empregado" (e-STJ, fl. 362).

Entretanto, "o v. acórdão entendeu, equivocadamente, que a ação discutia reajuste de mensalidade, e que tal pretensão não poderia ser regulada pela

ANS, que somente o faz quando se tratar de contratos individuais" (e-STJ, fl. 362).

Nesse passo, asseverou que o seu único objetivo seria a aplicação dos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, de modo a obrigar a Amil Assistência Médica a manter as mesmas condições de cobertura então vigentes à época de sua demissão, inclusive em relação ao preço.

Embora esse pedido de esclarecimento tenha sido rejeitado (e-STJ, fls. 370-382), o autor insistiu com novos embargos (e-STJ, fls. 387-389), que foram acolhidos, porém, sem efeitos infringentes, nos termos da seguinte ementa (e-STJ, fls. 403-413) (sem grifo no original) :

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO PATROCINADO. BENEFICIÁRIO. ADESAO. CESSAÇÃO DO CONTRATO DE EMPREGO. DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO EMPREGADO DEMITIDO. VALORES DIFERENCIADOS PARA EMPREGADOS E EX-EMPREGADOS. MANUTENÇÃO EM MESMO PLANO. MANUTENÇÃO DO MESMO PADRÃO DE PREÇO E CRITÉRIO DE REAJUSTE. ARTIGO 16 DA RN 279/2011. INAPLICABILIDADE. VIGÊNCIA POSTERIOR À RESCISÃO DO CONTRATO E OPÇÃO PELA PRESERVAÇÃO DO PLANO.

1. Os embargos de declaração consubstanciam instrumento de aperfeiçoamento da prestação jurisdicional, destinando-se etiologicalamente a purificar o julgado das omissões, contradições, obscuridades ou dúvidas que o enodoam, não traduzindo instrumento adequado para rediscussão das questões elucidadas nem para o reexame da causa, pois examinando de modo exauriente as matérias debatidas e entregando a tutela reclamada, o *decisum* esgota sua destinação e o seu alcance, ensejando que, incidindo em omissão, seja declarado e a omissão suprida de forma a ser o decidido purificado da lacuna que o maculara e outorgada a prestação perseguida almejada na sua completa compreensão.

2. Não obstante a previsão inserta no artigo 16 da Resolução Normativa ANS n. 279/2011 quanto à obrigatoriedade de observância dos mesmos critérios de reajuste e preço por ocasião da opção pela manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria (artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998), esse normativo não é aplicável aos casos em que o término do contrato de trabalho, e, conseqüentemente, a opção pela manutenção do plano, sejam anteriores à sua vigência, não havendo que se falar em cobrança indevida de valores diferenciados dos empregados ativos e ex-empregados se previstos em contrato e estipulados em acordo com a regulação de regência à época da materialização da opção.

3. Embargos conhecidos e providos, sem efeitos modificativos.

Superior Tribunal de Justiça

Unânime.

Nas razões do especial, com fundamento no art. 105, III, alíneas a e c, da Constituição Federal, o demandante alega dissídio jurisprudencial e ofensa ao art. 30 da Lei n. 9.656/1998. Sustenta, em síntese, que "ao empregado demitido sem justa causa é garantido o direito à manutenção da condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura do plano de saúde de que gozava quando da vigência de seu contrato de trabalho, enquanto o acórdão recorrido entende que este direito somente lhe estaria garantido após a regulamentação do referido artigo pela ANS" (e-STJ, fl. 424).

Pleiteia a declaração de ilegalidade das majorações do preço havidas após sua demissão, bem como a devolução, em dobro, do montante ilegalmente cobrado e pago, tudo devidamente corrigido e acrescido de juros moratórios legais entre a data do pagamento indevido até a efetiva repetição, além da condenação da ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios.

Contra-arrazado (e-STJ, fls. 451-460), o recurso foi admitido (e-STJ, fls. 462-465), vindo os autos a este Tribunal.

Foi proferida decisão às fls. 472-486 (e-STJ), desprovendo o recurso, a qual, todavia, pela relevância da matéria, tornei sem efeito (e-STJ, fls. 499-501), determinando sua inclusão em pauta para julgamento por este Órgão colegiado.

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.539.815 - DF (2015/0150071-9)

VOTO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE(RELATOR):

Na hipótese em apreço, o ponto nodal da controvérsia diz respeito à possibilidade de o ex-empregado, demitido sem justa causa, permanecer vinculado ao plano de saúde contratado por seu ex-empregador – juntamente com seus dependentes –, nas mesmas condições de cobertura e preço a que estava submetido antes de seu desligamento, acrescido da parcela que era de responsabilidade da empresa estipulante, nos termos do que dispõe o art. 30 da Lei n. 9.656/1998, ou, diversamente, se essa faculdade só poderia ser exercida após a edição da Resolução n. 279/2011, que regulamentou o mencionado dispositivo legal.

Como demonstrado no relatório, no caso, após a demissão do ora recorrente, a empresa ré passou a cobrar, para o mesmo Plano de Saúde Quality II, mensalidades com base em tabela de preços diferente daquela à qual ele estava vinculado no momento de sua demissão imotivada.

Embora as condições inicialmente contratadas previssem o pagamento de uma mensalidade de R\$ 2.840,46 (dois mil, oitocentos e quarenta reais e quarenta e seis centavos), referente ao plano de saúde, após ser demitido e manifestar interesse de manter-se vinculado ao **mesmo plano**, arcando com o pagamento integral das mensalidades, a empresa demandada, ora recorrida, aumentou o valor para R\$ 6.645,16 (seis mil, seiscentos e quarenta e cinco reais e dezesseis centavos), usando como base as tabelas constantes para os empregados inativos.

Do que se depreende, ao dirimir a controvérsia, o Tribunal de origem concluiu que, conquanto demitido sem justa causa, permaneceu o ora recorrente filiado ao contrato coletivo de saúde, do tipo patrocinado, firmado entre seu antigo empregador – SENAI-DN (Departamento Nacional do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) – e Amil Assistência Técnica Internacional S.A., ou seja, **não houve a celebração de um novo contrato de plano de saúde**. Consequentemente, asseverou o órgão julgador que sobre o referido contrato coletivo não incidiriam as normas e limitações impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS aos seguros individuais.

Superior Tribunal de Justiça

Houve a oposição de dois embargos de declaração, por meio dos quais o autor apontou a existência de contradição no julgamento da apelação, uma vez que a sua pretensão não seria de tratar de critérios de reajuste do valor das mensalidades, mas de questionar as condições de cobertura, notadamente, no que se refere à manutenção do preço então cobrado durante a vigência do contrato de trabalho. Ao analisar a alegação no julgamento dos segundos embargos, o Tribunal de origem consignou, no tocante à subsunção do caso ao art. 30 da Lei n. 9.656/1998, o que se segue (e-STJ, fls. 409/410):

(...).

Consoante preceitua aludido dispositivo, ao embargante, como participante do plano gerido pela embargada, é assegurado o direito de, extinto o vínculo empregatício que determinara sua adesão, reclamar sua permanência no mesmo plano, se outro não for oferecido com as mesmas condições, desde que assuma a contrapartida que estava originariamente endereçada ao seu antigo empregador. Essa faculdade fora reprisada pelo ato normativo vigente atualmente que regulamentara o contido em aludido dispositivo - Resolução Normativa n. 279, de 24 de novembro de 2011 da ANS -, que, em seu artigo 13, incisos I e II, ressaltava, inclusive, que é facultada a manutenção num mesmo plano de ativos e exonerados ou demitidos, ou a contratação de plano privado exclusivo, separado do plano dos empregados ativos, para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, *verbis*:

"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:

I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou

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".

E, ao tratar, especificamente, da questão relacionada ao valor da parcela mensal a ser paga para a permanência do ex-empregado e de seus dependentes no plano de saúde, o TJDFt assim assinalou (e-STJ, fls. 410-412) (sem grifo no original):

Segundo o artigo 2º da Resolução Normativa 279/2011, deve-se entender por "mesmas condições de cobertura assistencial: 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". Quanto às condições de preço, essa regulamentação estabelece duas possibilidades: uma com a manutenção da mesma remuneração devida pelos planos contratados

pelos empregados em atividade, e outra com a possibilidade de preços distintos. Isso depende da contratação ou não de plano privado exclusivo, separado do plano dos empregados ativos, para os ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, conforme previsto no artigo 13, II, citado alhures.

(...).

Assim, não haveria ilegalidade nas cobranças perpetradas pela embargada, como consignaram os acórdãos embargados, porquanto é válida a cobrança de valores diferenciados para os planos dos empregados ativos e os dos ex-empregados. No presente caso, **não houve contratação de outro plano de saúde exclusivo para os ex-empregados (demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados)**, consoante previsto no artigo 13, II, da Resolução 279, mas tão somente a manutenção no mesmo plano então vigente, o Quality II. Essa peculiaridade afastaria a possibilidade de cobrança de valores diferenciados para o mesmo plano, em relação aos empregados e ex-empregados. Isso porque o artigo 16 dessa resolução determina expressamente que:

"A manutenção da condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria **observará as mesmas condições de reajuste, preço**, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho."

Desse preceptivo constata-se que, no caso de manutenção do ex-empregado, após a sua demissão sem justa causa ou aposentadoria, no mesmo plano de saúde do qual já era beneficiário em atividade, não poderia lhe ser cobrado valor maior do que o então vigente para os empregados em atividade. Seria exatamente o caso do embargante, haja vista que não há nos autos qualquer informação de que tenha sido contratado plano de saúde exclusivo para o grupo de ex-empregados da estipulante.

Ocorre, todavia, que a obrigatoriedade de manutenção das mesmas condições de preço e reajuste existentes durante a vigência do contrato de trabalho somente fora insculpada na regulamentação do direito assegurado ao ex-empregado de permanência como beneficiário do plano de saúde coletivo (arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98) após o exercício desse direito pelo embargante. Ora, o término do contrato de trabalho do embargante se dera em 23/05/2011, consoante termo rescisório acostado aos autos, sendo que a Resolução Normativa ANS n. 279, com estofa no qual o embargante ampara sua pretensão, é datada de 24 de novembro de 2011. Ou seja, por ocasião da opção feita pelo embargante pela manutenção como beneficiário do plano coletivo de saúde do qual figurava como beneficiário, não havia obrigatoriedade de que transição fosse feita com observância das mesmas condições de valores e reajustes, nos termos do artigo 16 da RN 279.

Ressalte-se que os atos normativos então vigentes, as Resoluções CONSU n. 20 e 21, ambas revogadas pela RN 279/2011, embora previssem a possibilidade de simples manutenção do mesmo plano de saúde ou de contratação de plano exclusivo para os ex-empregados, não dispunha sobre obrigatoriedade de manutenção das mesmas

Superior Tribunal de Justiça

condições de valores e critérios de reajustes em relação aos planos dos empregados e ex-empregados. Assim, considerando que os valores cobrados encontram previsão expressa em contrato coletivo firmado entre a estipulante e a operadora do plano de saúde, consoante restara incontroverso nos autos, e que não foram firmados em desacordo com a regulamentação vigente à sua época, não há que se falar em sua ilegalidade, como consignado no acórdão embargado.
(...).

Da leitura dos excertos retro transcritos, observa-se que, com a demissão sem justa causa do autor, **não houve a contratação de outro plano de saúde exclusivo para os ex-empregados** (demitidos sem justa causa, exonerados ou aposentados), mas tão somente a manutenção do ora recorrente no mesmo plano então vigente, o denominado Quality II.

Essa peculiaridade, ainda segundo o entendimento da Corte local, afastaria a possibilidade da cobrança de valores diferenciados para o mesmo plano, em relação aos empregados e ex-empregados na medida em que o art. 16 da mencionada Resolução determina expressamente que, no caso de manutenção do ex-empregado, após a sua demissão sem justa causa ou aposentadoria, no mesmo plano de saúde do qual já era beneficiário durante o período de atividade, não lhe poderia ser cobrado valor maior do que o então vigente para os empregados em atividade. Seria exatamente o caso do embargante, haja vista que não há nos autos nenhuma informação de que tenha sido contratado plano de saúde exclusivo para o grupo de ex-empregados da estipulante.

Todavia, e aqui reside a questão controvertida objeto do presente recurso especial, entendeu o Tribunal *a quo* que a obrigatoriedade de manutenção das mesmas condições de preço e reajuste existentes durante a vigência do contrato de trabalho "somente fora insculpida na regulamentação do direito assegurado ao ex-empregado de permanência como beneficiário do plano de saúde coletivo (arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998) após o exercício desse direito pelo embargante" (e-STJ, fl. 412).

Segundo o entendimento daquele órgão colegiado, "o término do contrato de trabalho do embargante se dera em 23/05/2011, consoante termo rescisório acostado aos autos, sendo que a Resolução Normativa ANS n. 279, com estofo no qual o embargante ampara sua pretensão, é datada de 24 de novembro de 2011. Ou seja, por ocasião da opção feita pelo embargante pela manutenção como beneficiário

do plano coletivo de saúde do qual figurava como beneficiário, não havia obrigatoriedade de que a transição fosse feita com observância das mesmas condições de valores e reajustes, nos termos do artigo 16 da RN 279" (e-STJ, fl. 412).

Com base nesses fundamentos, os embargos de declaração foram acolhidos, apenas para sanar a omissão em que incidira quanto à análise do art. 16 da RN n. 279/2011 da ANS, deixando explicitado que, "conquanto o embargante tenha sido mantido no mesmo plano de saúde, do qual já era beneficiário na vigência do contrato de trabalho, aludido dispositivo não lhe é aplicável ante o fato de que somente entrara a vigor posteriormente à opção que manifestara de manutenção do plano de saúde coletivo, que, de sua parte, fora pautada e regulada pela legislação então vigente" (e-STJ, fl. 413), mantida, quanto ao mais, a conclusão do acórdão embargado.

Todavia, a conclusão acima não deve ser prestigiada.

Verifico que, na hipótese, o autor, ora recorrente foi demitido, sem justa causa, na data de 23/5/2011, tendo formalizado a opção por continuar vinculado ao plano de saúde coletivo, mediante o pagamento de sua parte, bem como da contribuição que era feita por seu ex-empregador, nos termos do que dispõe o art. 30 da Lei n. 9.656/1998, assim redigido (sem grifo no original):

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.**

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

Com efeito, sendo a resolução um ato normativo subordinado à lei, não poderia restringir, ampliar ou modificar direitos e obrigações por ela previstos, a exemplo do que ocorre com o poder regulamentar do Executivo, cujos limites estão descritos no art. 84, IV, da Constituição Federal, e têm por objetivo justamente a fiel

execução da lei.

Sob esse enfoque, discorre **Silvio Luis Ferreira da Rocha**, com remissões à doutrina de Pontes de Miranda e de Celso Antônio Bandeira de Mello, que o regulamento tem função meramente auxiliar às leis:

(...).

2. O segundo problema envolve os limites do poder regulamentar a ser exercido por esses órgãos, especialmente o Consu. No Brasil, o poder regulamentar (melhor seria designá-lo dever regulamentar) atribuído ao Poder Executivo, nele compreendido o de editar resoluções, tem inúmeras restrições. Vigem em nosso direito constitucional o princípio da legalidade e como consequência não se reconhece ao poder regulamentar a possibilidade de ultrapassar os limites impostos pela lei e, assim, criar, alterar ou extinguir direitos. Conforme lição de Pontes de Miranda "onde se estabelecem, alteram ou extinguem direitos, não há regulamentos - há abuso do poder regulamentar, invasão de competência legislativa. O regulamento não é mais do que auxiliar das leis, auxiliar que sói pretender, não raro, o lugar delas, mas sem que possa, com tal desenvoltura, justificar-se e lograr que o elevem à categoria de lei". Ainda nesse sentido os ensinamentos de Celso Antônio Bandeira de Mello para quem:

"... é livre de qualquer dúvida ou entre dúvida que, entre nós, por força dos arts. 5º, II, 84, IV, e 37 da Constituição, *só por lei se regula liberdade e propriedade*; só por lei se impõem obrigações de fazer ou não fazer. Vale dizer: restrição alguma à liberdade ou à propriedade pode ser imposta se não estiver previamente delineada, configurada e estabelecida em alguma *lei*, e só para cumprir dispositivos legais é que o Executivo pode expedir decretos e regulamentos. Este último traço é que faz do regulamento, além de regra de menor força jurídica que a lei, norma dependente dela, pois forçosamente a pressupõe, sem o quê nada poderia dispor. No Direito pátrio, sem a lei não haveria espaço jurídico para o regulamento".

Além de obediência estrita aos limites impostos pela lei, o exercício do poder (dever) regulamentar cabe, tão-somente, em matéria objeto de ação administrativa ou que desta dependa e onde houver liberdade administrativa a ser exercida. (MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (Coords). (Saúde e Responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde, São Paulo, Revista dos Tribunais, 1999, ps. 158 e 159)

Nessa linha de raciocínio, entendo que a Resolução n. 279/2011, por meio de seu art. 16, não inovou na ordem jurídica, ao assinalar que a manutenção do ex-empregado – demitido sem justa causa –, na condição de beneficiário no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava, observará "as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho", haja vista que essa compreensão já era possível de ser extraída, antes mesmo de sua edição, como decorrência da interpretação

sistemática do texto legal que a antecedeu, qual seja, o art. 30 da Lei n. 9.656/1998, que, diante de situação idêntica, assegurava ao ex-empregado o direito de manter-se vinculado ao plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava à época da vigência do contrato de trabalho, "desde que assuma o seu pagamento integral".

Assim, considerando a própria finalidade da lei e sua submissão ao microssistema do Código de Defesa do Consumidor – (Súmula n. 469/STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde) –, é curial que o valor a ser pago após a demissão seja o mesmo estabelecido quando da vigência do contrato de trabalho, sujeitando-se, porém, aos critérios de reajuste e revisão que forem aplicados para os empregados em atividade.

Nesse mesmo sentido, confirmam-se, na seara doutrinária, as considerações tecidas por **Luiz Antonio Rizzatto**, ao discorrer sobre a lei em comento:

A regra do *caput* do art. 30 vem corrigir grave injustiça praticada contra o consumidor contribuinte de plano privado coletivo de saúde ao assegurar-lhe, em caso de rescisão de seu contrato de trabalho, o direito de permanecer como beneficiário.

(...).

A norma do *caput*, como dito, é corretíssima. Ela vem evitar graves distorções que atingem o empregado que saiu de seu emprego, por meio do qual acabou vinculando-se a determinado plano de saúde. Muitas vezes a perda do consumidor-empregado é bastante grande, a começar pelas carências: a saída do plano joga fora automaticamente sua conquista na superação dos períodos de carência impostos pela operadora.

Além disso, muitas vezes são anos e anos de contribuição, e o consumidor, por ter-se tornado mais idoso, tinha feito toda uma programação de atendimento preventivo ou de acompanhamento de doenças com certos prestadores e serviços médicos, que é obrigado a abandonar.

A questão é simples: o desligamento da empresa de seu patrão não implica - nem pode - a desconstituição da relação mantida com a operadora.

É natural que as operadoras não queriam manter o vínculo por conta do preço: normalmente nos planos coletivos o preço é mais baixo para o consumidor, pois ele recebe subsídio do empregador, que arca com parte do valor cobrado. Agora, esse argumento não mais pode vingar, porque a norma garante a continuidade ao consumidor, desde que ele assuma a responsabilidade pelo pagamento da diferença.

(...).

O grande equívoco do legislador foi a inserção da limitação do § 1º. Não há dúvida sobre as garantias e o cálculo: 1/3 do tempo decorrido

com um mínimo de seis (independentemente, portanto, da passagem de qualquer tempo) e um máximo de vinte e quatro meses. A lei está adiando a injustiça que se praticará. Não ocorre no ato da saída, mas vigerá por dois anos!

(Comentários à Lei de Plano Privado de Assistência à Saúde, São Paulo, Saraiva, 2000, ps. 86-88)

Vale, ainda, lembrar que a jurisprudência desta Corte firmou-se no sentido de que a Lei n. 9.656/1998 é autoaplicável, não necessitando de regulamentação para a produção dos efeitos nela previstos, na medida em que já contém todos os elementos necessários ao exercício dos direitos que assegura. É o que se infere dos seguintes julgados: REsp n. 531.370/SP, Relator o Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, DJe de 6/9/2012; REsp n. 925.313/DF, Relator o Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, DJe de 26/3/2012; REsp n. 1.078.991/DF, Relator o Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, DJe de 16/6/2009; e REsp n. 820.379/DF, Relatora a Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJ de 6/8/2007.

Desse modo, se o art. 30 da Lei n. 9.656/1998 assegura o direito à manutenção do plano de saúde, em caso de demissão sem justa causa, "nas mesmas condições de cobertura assistencial" de que gozava na vigência do contrato de trabalho, "desde que assuma o seu pagamento integral", impõe-se reconhecer que a própria lei condicionou a continuidade da contraprestação financeira, apenas sob o aspecto subjetivo, ou seja, transferindo integralmente a obrigação de pagamento da contribuição para o beneficiário, em substituição ao seu ex-empregador, só lhe podendo ser atribuído algum reajuste que também tenha sido concedido aos empregados em atividade.

Em conclusão, no caso, ao condicionar a possibilidade de manutenção do ora recorrente no plano de saúde da empresa à vigência da Resolução n. 279/2011, o acórdão recorrido acabou por violar a legislação de regência, consubstanciada no art. 30 da Lei n. 9.656/1998, que é norma autoaplicável, não tendo eficácia condicionada à edição de ato normativo infralegal.

Isso porque a edição da Resolução n. 279/2011 pela ANS, no que se refere especificamente à aplicação do art. 30 da Lei n. 9.656/1998, veio apenas para corroborar aquilo que já se podia depreender do espírito protetivo da lei, voltado a preservar ao trabalhador o acesso à saúde, bem como aos seus dependentes, diante de uma situação que, em decorrência da perda do emprego, acabou por torná-lo ainda

mais vulnerável.

Ocorre que, em relação ao pagamento, o legislador não estabeleceu nenhuma distinção a respeito dos valores a serem pagos, somente atribuiu ao empregado demitido a obrigação de arcar também com a parte que seria de responsabilidade da empresa estipulante, o que, no caso, foi observado pelo autor, ora recorrente, de modo que a reforma do acórdão recorrido é medida que se impõe.

Embora a matéria em testilha ainda não tenha sido enfrentada neste Tribunal, a Quarta Turma, em hipótese envolvendo ex-empregado **aposentado**, fixou entendimento favorável à sua manutenção e de seus dependentes em plano de saúde coletivo, com **o mesmo valor da mensalidade** e a mesma cobertura assistencial de que gozavam durante a vigência do contrato de trabalho.

Confira-se, a propósito:

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.

1. Não obstante as disposições advindas com a Lei 9.656/98, dirigidas às operadoras de planos e seguros privados de saúde em benefício dos consumidores, tenham aplicação, em princípio, aos fatos ocorridos a partir de sua vigência, devem incidir em ajustes de trato sucessivo, ainda que tenham sido celebrados anteriormente.

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, Relator o Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, DJe de 6/9/2012).

Por fim, resta o exame da irresignação recursal no tocante ao pedido de restituição dos valores pagos indevidamente, sendo de se ressaltar, no ponto, a orientação consolidada no âmbito da Segunda Seção no sentido de que a repetição em dobro do indébito, conforme previsão do art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, só será admitida na hipótese em que for demonstrada a má-fé do fornecedor ao cobrar do consumidor os valores indevidos, conduta que não se faz

presente nos autos.

No caso, o pagamento é resultante de previsão contratual, havendo divergência entre as partes apenas no tocante ao critério de reajuste das mensalidades, após a demissão sem justa causa do autor, o que justifica, a meu ver, a devolução da importância cobrada a maior de forma simples, e não em dobro, por não ter ficado comprovado que a administradora do plano de saúde tenha agido com má-fé.

Sobre o tema:

RECURSO ESPECIAL INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DO CPC/73. PLANO DE SAÚDE. LEI N. 9.656/98. RESTITUIÇÃO EM DOBRO COM BASE NO CDC. HOSPITAL E MÉDICOS NÃO CREDENCIADOS. CIRURGIA BARIÁTRICA. COMPLICAÇÕES. TRATAMENTO DE URGÊNCIA. TRATAMENTO PARTICULAR. SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL.

1. Não configura violação do art. 535 do CPC a decisão que examina, de forma fundamentada, as questões submetidas à apreciação judicial.
2. A repetição em dobro do indébito, prevista no art. 42, parágrafo único, do CDC, pressupõe tanto a existência de pagamento indevido quanto a má-fé do credor.
3. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, pois "a relação de consumo caracteriza-se pelo objeto contratado, no caso a cobertura médico-hospitalar, sendo desinfluyente a natureza jurídica da entidade que presta os serviços" (REsp n. 469.911/SP).
4. As regras estabelecidas na Lei n. 9.656/98 não retroagem para alcançar contratos celebrados antes de sua vigência. Na hipótese de abusividade de cláusulas contratuais em avença firmada em data anterior, elas podem ser revistas com base no Código de Defesa do Consumidor.
5. Recurso especial conhecido e parcialmente provido.
(REsp n. 1.392.560/PE, Relator o Ministro João Otávio de Noronha, Terceira Turma, DJe de 6/10/2016);

AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL CONTRA DECISÃO MONOCRÁTICA. ESGOTAMENTO DE INSTÂNCIA. MULTA DO ART. 557 DO CPC. AFASTAMENTO. REPETIÇÃO EM DOBRO. ART. 42, PARÁGRAFO ÚNICO, DO CPC. MÁ-FÉ DO CREDOR. NECESSIDADE. PRECEDENTES.

1. O agravo interposto contra decisão monocrática do Tribunal de origem, com o objetivo de exaurir a instância recursal ordinária, a fim de permitir a interposição de recurso especial, não é manifestamente inadmissível ou infundado, o que torna inaplicável a multa prevista no art. 557, § 2º, do Código de Processo Civil.
2. A repetição em dobro do indébito, prevista no art. 42, parágrafo único, do CDC, pressupõe tanto a existência de pagamento indevido quanto a má-fé do credor.

3. Agravo regimental não provido.

(AgRg no REsp n. 1.424.498/RJ, Relator o Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, DJe de 19/8/2014);

RECLAMAÇÃO. DIVERGÊNCIA ENTRE ACÓRDÃO DE TURMA RECURSAL ESTADUAL E A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. RESOLUÇÃO STJ N. 12/2009. CONSUMIDOR. DEVOLUÇÃO EM DOBRO DO INDÉBITO. NECESSIDADE DE DEMONSTRAÇÃO DA MÁ-FÉ DO CREDOR.

1. A Corte Especial, apreciando questão de ordem levantada na Rcl 3752/GO, em atenção ao decidido nos EDcl no RE 571.572/BA (relatora a Min. ELLEN GRACIE), entendeu pela possibilidade de se ajuizar reclamação perante esta Corte com a finalidade de adequar as decisões proferidas pelas Turmas Recursais dos Juizados Especiais estaduais à súmula ou jurisprudência dominante do STJ, de modo a evitar a manutenção de decisões conflitantes a respeito da interpretação da legislação infraconstitucional no âmbito do Judiciário.

2. A egrégia Segunda Seção desta Corte tem entendimento consolidado no sentido de que a repetição em dobro do indébito, prevista no art. 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, não prescinde da demonstração da má-fé do credor.

3. Reclamação procedente.

(Rcl n. 8.946/DF, Relator o Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe de 29/10/2012).

Ante o exposto, na esteira dos fundamentos expendidos, dou parcial provimento ao recurso especial para reconhecer o direito do ora recorrente – extensivo aos seus dependentes – de permanecer vinculado ao plano de saúde, na condição de beneficiário, e pelo prazo que lhe assegura o art. 30, § 1º, da Lei n. 9.656/1998, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava à época da vigência de seu contrato de trabalho, mediante o pagamento integral das mensalidades (referente à sua parte e àquela que caberia ao estipulante/ex-empregador), cujos valores poderão ser acrescidos, apenas, de eventual reajuste que tenha incidido sobre o plano dos empregados em atividade, admitida a restituição simples, e não em dobro, das quantias cobradas indevidamente, tudo a ser apurado em liquidação de sentença. Custas processuais e honorários advocatícios pela recorrida, fixados estes últimos em 10% sobre o valor da condenação, já considerada a sucumbência recíproca.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2015/0150071-9

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.539.815 / DF

Números Origem: 00343770820128070001 20120111238856 20120111238856RES

PAUTA: 07/02/2017

JULGADO: 07/02/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **FRANKLIN RODRIGUES DA COSTA**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : **ORLANDO CLAPP FILHO**

ADVOGADOS : **SAVIO DE FARIA CARAM ZUQUIM - DF009191**

SEBASTIÃO DO ESPÍRITO SANTO NETO - DF010429

SAULO FARIA CARAM ZUQUIM E OUTRO(S) - DF037651

RECORRIDO : **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A**

ADVOGADOS : **ROBERTA ALVES ZANATTA - DF016646**

MICHEL DOS SANTOS CORRÊA - DF030599

CAMILA NOGUEIRA DE R.L. RIBEIRO E OUTRO(S) - DF026486

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

CERTIDÃO

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

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

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrigli, Paulo de Tarso Sanseverino e Ricardo Villas Bôas Cueva votaram com o Sr. Ministro Relator.