

RECURSO ESPECIAL Nº 1.816.482 - SP (2019/0144247-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : FUNDACAO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV
ADVOGADO : ANTONIO MARCIO BOTELHO - SP394172
RECORRIDO : ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS
ADVOGADOS : RICARDO ANTÔNIO RODRIGUES ANDRADE - SP183474
FERNANDA CRISTINE CAPATO - SP285404
INTERES. : FEDERACAO NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLITICA E DIR. DO CONSUMIDOR -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
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
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. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADA : CAROLINA CARDOSO FRANCISCO MOUTINHO - RJ116999
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : WLADIMIR CORRADI COELHO - DEFENSOR PÚBLICO FEDERAL
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

a) Inaplicabilidade do art. 30 da Lei n. 9.656/1998, tendo em vista que o prazo de 10 (dez) anos disciplinado no art. 31 do mesmo diploma encontra-se comprovado, decorrendo da somatória de todos os períodos de contribuição envolvendo várias operadoras de planos de saúde contratadas sucessivamente pelo ex-empregador.

b) Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 não caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, conforme decidido pelo Tribunal de origem, devem encontrar-se vinculados a um único plano de saúde, sem distinções.

c) Acolher as razões recursais com o propósito de modificar o contexto fático-probatório inserido no acórdão recorrido encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

4. Recurso especial a que se nega 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, negou 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 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,

Superior Tribunal de Justiça

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 tese, "e facultada a portabilidade de carências", a Sra. Ministra Nancy Andrighi. Os Srs. Ministros Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Buzzi, Marco Aurélio Bellizze, Nancy Andrighi, 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

RECURSO ESPECIAL Nº 1.816.482 - SP (2019/0144247-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV
ADVOGADO : ANTONIO MARCIO BOTELHO - SP394172
RECORRIDO : ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS
ADVOGADOS : RICARDO ANTÔNIO RODRIGUES ANDRADE - SP183474
FERNANDA CRISTINE CAPATO - SP285404
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIR. DO CONSUMIDOR -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
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
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. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADA : CAROLINA CARDOSO FRANCISCO MOUTINHO - RJ116999
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : WLADIMIR CORRADI COELHO - DEFENSOR PÚBLICO FEDERAL
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 (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV, com fundamento no art. 105, III, "a", da CF, contra acórdãos do TJSP assim ementados:

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Pretensão do ex-funcionário de ser mantido, juntamente com sua dependente, no plano de saúde nos termos do art. 31, da L 9.656/98, sob as mesmas condições vigentes ao tempo em que estava na ativa, inclusive em relação ao valor da mensalidade – Alegação de majoração abusiva do valor com o oferecimento de plano exclusivo para inativos – Preliminar – Não caracterizada hipótese prevista pelo § 1º, do art. 489, do CPC – Sentença devidamente fundamentada – Cumpridas as exigências do art. 31, da L 9.656/98 – Ex-funcionário demitido sem justa causa, quando já aposentado, que contribuiu

para o plano por mais de dez anos – Inadmissibilidade da diferenciação de custos entre ativos e inativos – RN 279/11 da ANS, por possuir caráter restritivo, não se sobrepõe à L 9.656/98 – Condenação da ré à manutenção do autor e sua dependente no plano fornecido aos funcionários da ativa, desde que assuma a parcela patronal – Direito à continuidade como beneficiário que não implica o de pagar o mesmo custo antes existente, mas sim o de pagar os custos atuais, com a assunção da parcela paga pela ex-empregadora, a ser apurada em liquidação – Sentença de procedência mantida, mas com observação no tocante ao valor da mensalidade – DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO. (e-STJ fl. 566.)

EMBARGOS DECLARATÓRIOS – Pretensão de pré-questionamento e efeito modificativo – Alegação de contradição e omissão – Erro material consistente na menção ao CDC, embora se trate de plano de autogestão – Acolhimento para suprimir do v. Acórdão a incidência da legislação consumerista como um dos fundamentos, evitando-se, assim, ofensa à súmula do C. STJ – Ausência de vício no tocante às demais alegações – EMBARGOS DECLARATÓRIOS ACOLHIDOS, SEM EFEITOS MODIFICATIVOS. (e-STJ fl. 716.)

Narra a recorrente que "cuidam os autos de *Ação de Obrigação de Fazer*, ajuizada pelo Recorrido com o objetivo de ser mantido no plano de assistência médica destinado aos empregados ativos da SABESP, o Plano Pleno, no qual permaneceu como beneficiário pelo período de 01 ano, em razão da cessão dos empregados da SANED (Companhia de Saneamento de Diadema – sua ex-empregadora) para a SABESP" (e-STJ fl. 587). Acrescenta que "aduziu o Recorrido que possui direito de manter vínculo ao mesmo plano de saúde que usufruiu no último ano da vigência de seu contrato de trabalho com a SANED, com fundamento no artigo 31, da Lei 9.656/98, tentando fazer crer que contribuiu para esse plano por 20 anos" (e-STJ fl. 587).

Acerca das decisões proferidas na instância ordinária e da afronta à legislação federal, a recorrente alega que:

O MM. Juízo de primeiro grau proferiu sentença de procedência da ação (fls. 371/378) para condenar a SABESPREV a manter o Recorrido e sua dependente no mesmo plano de saúde que utilizaram no último ano da vigência do contrato de trabalho do titular, por tempo indeterminado, mediante o pagamento integral existente na época da rescisão do contrato de trabalho (2015).

Interposta apelação pela SABESPREV, o E. Tribunal de Justiça *a quo* deu parcial provimento ao recurso, para manter o Recorrido no mesmo plano de saúde dos empregados ativos, porém, mediante o pagamento do valor integral atualizado da mensalidade.

Em sua fundamentação, o E. Tribunal de Justiça de São Paulo afirmou que (i) não deve ser aplicado o artigo 30, § 1º, da Lei 9.656/98, pois deve ser computado o período que o Recorrido contribuiu com outros planos de saúde, e não apenas no Plano Pleno, e (ii) ao interpretar o artigo 31 da mesma lei, afirmou que o Recorrido deve ser mantido no Plano Pleno e não em plano exclusivo para ex-empregados, pois seria "*inviável a segregação das apólices dos funcionários ativos e dos inativos*" (fls. 577).

Nesse contexto, restou negada vigência ao artigo 30, § 1º da Lei 9.656/98, pois o próprio acórdão reconhece que o Recorrido não permaneceu como beneficiário do

Superior Tribunal de Justiça

Plano Pleno pelo prazo mínimo de 10 anos, de modo que não há como determinar a manutenção de sua condição de beneficiário por tempo indeterminado; bem como foi violado o artigo 4º, inciso XI, da Lei 9.961/2000, ao não se reconhecer a competência da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e a eficácia das normas editadas por esse órgão federal, notadamente, a Resolução CONSU 21/1999 e a Resolução ANS 279. Consequentemente, malferiu-se o artigo 31 da Lei 9.656/98 ao determinar que o Recorrido fosse mantido no mesmo plano de assistência à saúde dos ativos. (e-STJ fls. 588/589.)

Resumiu, então, as duas questões jurídicas a serem decididas neste recurso especial assim: "(i) se o direito do Recorrido à manutenção da condição de beneficiário em plano de saúde se dá por tempo determinado (aplicação do artigo 30 da Lei 9.656/98) ou por tempo indeterminado (aplicação do artigo 31 da Lei 9.656/98)", e "(ii) se o Recorrido tem direito a ser mantido no mesmo plano de saúde usufruído no último ano da vigência do contrato de trabalho, que é exclusivo para empregados ativos, OU se é lícita sua manutenção em plano exclusivo para ex-empregados, com as mesmas condições de cobertura assistencial do plano dos ativos, em cumprimento aos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98" (e-STJ fl. 591).

No que se refere ao primeiro tema, pertinente ao período de tempo em que o autor e seus dependentes poderão permanecer no plano de saúde, sustenta violação dos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 e argumenta que "o v. acórdão recorrido não considerou o tempo de contribuição para o produto Plano Pleno, na aplicação dos mencionados dispositivos, nem o fato do Recorrido ser ex-empregado da SANED e não da SABESP, realizando interpretação completamente equivocada da Lei Federal" (e-STJ fl. 593). No caso concreto, afirma que:

A contribuição do Recorrido para com os planos de saúde oferecidos pela SABESP/REV, exclusivo para os empregados da SABESP, se restringiu ao período entre 2014 e 2015, quando os empregados da SANED foram cedidos para a SABESP, sem transferir o vínculo empregatício.

De 1995 a 2014 o Recorrido laborou exclusivamente para a SANED e contribuiu para planos de saúde oferecidos pela Unimed e Amil, em decorrência desse vínculo empregatício. Portanto, caso o Recorrido pretenda requerer a manutenção da condição de beneficiário por tempo indeterminado, deve acionar essas operadoras, que possuíam relação direta com sua ex-empregadora, a SANED.

Portanto, é incontroverso que o Recorrido contribuiu para o plano de saúde operado pela SABESP/REV e patrocinado pela SABESP por apenas 01 ano, de modo a manutenção em plano de saúde pretendida dever estar limitada ao período estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei 9.656/98. (e-STJ fls. 594/595.)

Quanto à abrangência das condições de cobertura do plano de saúde, matéria vinculada à afronta ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998, assevera que "o v. acórdão não se atentou ao fato de existir um plano destinado exclusivamente aos inativos que é totalmente idêntico ao dos ativos (Plano 279), não havendo embasamento legal algum para alegar que a Resolução da ANS desfavorece aos ditames previstos em Lei, sendo

que não há disparidade alguma entre esses planos" (e-STJ fl. 599). Ademais, "por inexistir vedação legal, a Agência Reguladora complementou o alcance dos artigos 30 e 31 com a edição da Resolução CONSU nº 21/99, por meio da qual regulamentou estes artigos, EXIGINDO que, caso inativos e ativos fossem mantidos no mesmo plano, houvesse acordo formal entre a empregadora e os empregados ativos ou seus representantes legalmente constituídos (art. 1º, § 1º)" (e-STJ fl. 599). Ainda a respeito da regulação pela ANS, anota:

De forma taxativa consta na mencionada norma que "no caso de manutenção de planos separados para ativos e inativos, e ambos os planos forem contratados com operadoras, é obrigatório que a empresa empregadora firme contratos coletivos empresariais para os ativos e inativos, em nome dos empregados e ex-empregados, respectivamente, para ambos os planos, com uma única operadora, devendo, também o plano de inativos, abrigar o universo de aposentados." (art. 2º, § 2º).

Se não bastasse, a Resolução seguinte da ANS que tratou do tema (Resolução 279 da ANS, que também regulamentou os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, revogando a CONSU 21/99) permitiu que a empregadora criasse planos separados para empregados e ex-empregados (artigo 13, inciso II). (e-STJ fl. 599.)

Aponta contrariedade ao art. 4º, XI, da Lei n. 9.961/2000, o qual, segundo a recorrente, confere competência "à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS a fixação de critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998" (e-STJ fl. 604). Explica que, "embora os referidos dispositivos legais sejam autoaplicáveis, as normas editadas pela Agência Reguladora têm por finalidade estabelecer a forma pela qual aquele direito, garantido por lei, será exercido" (e-STJ fl. 604). Diversamente "do que restou decidido, [...], a Lei nº 9.656/98 em nenhum momento vedou a criação de novos planos de assistência à saúde para os ativos e inativos, mas apenas determinou que fosse assegurado aos ex-empregados o direito à condição de beneficiário em plano que mantivesse a mesma cobertura assistencial dos ativos" (e-STJ fl. 604).

Ao final, a recorrente pede:

Diante de todo o exposto, em razão da evidente violação aos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98 e 4º, inciso XI, da Lei 9.961/2000, requer a Recorrente a reforma do V. Acórdão, para julgar a ação improcedente, com a revogação da ordem que determinou manutenção do Recorrido e sua dependente no plano de assistência médica exclusivo dos ativos ("Plano Pleno"), vez que há outros planos destinados aos inativos, com a mesma cobertura assistencial, como exige a lei, e em conformidade com a interpretação dada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar que tem competência legal para essa atuação técnica, usurpada e desrespeitada pelo Judiciário.

Além disso, requer a reforma do v. Acórdão para afastar a aplicação do artigo 31 da Lei 9656/98 e a determinação para que o Recorrido seja mantido em plano de saúde por tempo indeterminado, reconhecendo a aplicação do artigo 30, § 1º, da Lei 9.656/98 e a necessidade de delimitar o período de sua manutenção como beneficiário em plano de saúde. (e-STJ fl. 605.)

O recorrido, Adalberto Florêncio de Freitas, apresentou contrarrazões (e-STJ fls. 723/737), e o recurso especial foi admitido na origem (e-STJ fls. 750/751).

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. 756). Identificou, ainda, o trâmite de, pelo menos, 247 (duzentos e quarenta e sete) recursos cuidando do referido tema e 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 a adoção do rito estabelecido pelos arts. 256 ao 256-D do Regimento Interno do STJ" (e-STJ fls. 756/758).

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. 768).

O recorrido manifestou-se pelo indeferimento do recurso especial (e-STJ fls. 770/791), e a recorrente concordou com a afetação como repetitivo (e-STJ fls. 855/856).

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

Superior Tribunal de Justiça

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 por prevenção ao Recurso Especial n. 1.818.487/SP (2019/0159691-0). (e-STJ fls. 861/862.)

Processo redistribuído a minha relatoria em 5/9/2019 (e-STJ fl. 867).

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. 870/893). 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. 880).

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. 900/941). Na manifestação de

fls. 1.063/1.1.108 (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) Coube 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. 1.085/1.086.)

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 dependentes **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. 1.106/1.107.)

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 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. 948/949).

O Dr. MAURÍCIO VIEIRA BRACKS, ilustrado Subprocurador-Geral da República, "opina pelo conhecimento parcial do presente recurso especial e, nesta extensão, pelo seu não provimento" (e-STJ fl. 991), 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. 30, § 1º, e 31, ambos da Lei nº 9.656/1998, e 4º, inciso XI, da Lei nº 9.961/2000.
- **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**, tem-se que a pretensão de desconstituição das premissas fáticas devolvidas pelo Tribunal de origem, sob o viés de que o Recorrido não teria implementado o período mínimo de 10 (dez) anos a que se refere o art. 31, da Lei nº 9.656/1998, condição *sine qua non* de permanência do ex-empregado no plano de saúde coletivo empresarial oferecido aos empregados beneficiários que continuam na ativa, demanda, necessariamente, o reexame de fatos e provas da causa, procedimento inviável no âmbito do recurso especial, em razão da incidência do veto da Súmula 7/STJ.
- No tocante à parte que desafia conhecimento, no mérito, observa-se que o v. Acórdão recorrido afastou, em conformidade com a tese repetitiva ora sugerida, a aplicação da Resolução nº 279/2011, da ANS, visto que, ainda que a referida agência detenha competência para "*estabelecer critérios, responsabilidades, obrigações e normas de procedimento para garantia dos direitos assegurados nos*

Superior Tribunal de Justiça

arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, e 1998" (art. 4º, inciso XI, da Lei nº 9.961/2000), tal ato normativo, ao estabelecer condições diferenciadas entre funcionários ativos e inativos, exorbitou do poder regulamentar.

– Parecer pelo conhecimento parcial do presente recurso especial e, nesta extensão, pelo seu não provimento. (e-STJ fls. 976/977.)

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. 998).

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS igualmente postulou ingresso como *amicus curiae* (e-STJ fls. 1.009/1.030).

Deferi os pedidos de intervenção como *amicus curiae* formulados por Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE, Instituto Brasileiro de Política e Direito do Consumidor – BRASILCON, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS (e-STJ fls. 1.110/1.111).

A Fundação São Francisco Xavier, entidade que atua como operadora de planos de saúde, 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 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

Superior Tribunal de Justiça

(*supra*, n. 10); (e-STJ fls. 1.159/1160.)

Admiti o ingresso da Fundação São Francisco Xavier como *amicus curiae* (e-STJ fls. 1.225/1.226).

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. 1.253).

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. 1.272).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.816.482 - SP (2019/0144247-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV
ADVOGADO : ANTONIO MARCIO BOTELHO - SP394172
RECORRIDO : ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS
ADVOGADOS : RICARDO ANTÔNIO RODRIGUES ANDRADE - SP183474
FERNANDA CRISTINE CAPATO - SP285404
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIR. DO CONSUMIDOR -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
INTERES. : UNIDAS - UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO
EM SAÚDE - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : JOSE LUIZ TORO DA SILVA - SP076996
VANIA DE ARAUJO LIMA TORO DA SILVA - SP181164
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. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADA : CAROLINA CARDOSO FRANCISCO MOUTINHO - RJ116999
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : WLADIMIR CORRADI COELHO - DEFENSOR PÚBLICO FEDERAL
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

a) Inaplicabilidade do art. 30 da Lei n. 9.656/1998, tendo em vista que o prazo de 10 (dez) anos disciplinado no art. 31 do mesmo diploma encontra-se comprovado, decorrendo da somatória de todos os períodos de contribuição envolvendo várias operadoras de planos de saúde contratadas sucessivamente pelo ex-empregador.

b) Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 não caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, conforme decidido pelo Tribunal de origem, devem encontrar-se vinculados a um único plano de saúde, sem distinções.

c) Acolher as razões recursais com o propósito de modificar o contexto fático-probatório inserido no acórdão recorrido encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

4. Recurso especial a que se nega provimento.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.816.482 - SP (2019/0144247-0)

RELATOR : **MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA**
RECORRENTE : FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV
ADVOGADO : ANTONIO MARCIO BOTELHO - SP394172
RECORRIDO : ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS
ADVOGADOS : RICARDO ANTÔNIO RODRIGUES ANDRADE - SP183474
FERNANDA CRISTINE CAPATO - SP285404
INTERES. : FEDERACAO NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLITICA E DIR. DO CONSUMIDOR -
"AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
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
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. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS
CURIAE"
ADVOGADA : CAROLINA CARDOSO FRANCISCO MOUTINHO - RJ116999
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : WLADIMIR CORRADI COELHO - DEFENSOR PÚBLICO FEDERAL
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 recorrido, Adalberto Florêncio de Freitas, aposentado, propôs ação declaratória c/c obrigação de fazer contra a Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV, contra a Companhia de Saneamento de Diadema – SANED, em liquidação, e contra a Cia. de Saneamento Básico do Estado de São Paulo – SABESP. Para tanto, narra os fatos e a causa de pedir assim:

O Autor laborou na empresa SANED, pelo período de 21/02/1995 a 13/02/2015, momento de sua demissão sem justa causa. Valendo-se que a empresa SABESP, geriu o último ano de contrato da funcionária por essa empresa ter ganhado a concessão do serviço no Município.

Quando empregado, o Autor era beneficiário do Convênio Médico empresarial,

Superior Tribunal de Justiça

nesse último período o SABESPREV – plano pleno – o qual cobria assistência para ele, e seu dependente, senhora INÁCIA PATRIOTA DE FREITAS sendo certo que o valor da última contribuição por parte do Autor, enquanto ainda era empregada foi no valor de R\$ 63,81 (Sessenta e Três Reais e Oitenta e Um Centavos) para todos os seus beneficiários, conforme recibo de pagamento juntado.

O Autor, após sua demissão não recebeu o benefício de manter a si, e seus dependentes no plano de saúde, e mesmo assim manifestou por escrito de sua vontade de permanecer com o plano pelo período encartado por lei, nas mesmas condições de uso quando empregada e no mesmo plano, pagando o valor por lei permitido. (em anexo o pedido de manutenção).

Após a intervenção desse escritório, no departamento de Recursos Humanos das Requeridas, pelo telegrama enviado que consta em anexo, os mesmos entraram em contato com os funcionários que mandaram os mesmos assinar um termo de ciência para opção aos planos de assistência à saúde da SABESPREV, mas com data retroativa, ou seja, na data da demissão em 11/02/2015, ocorre que o Autor ao ver o documento com data estranha à relação de sua dispensa realizou um adendo no documento demonstrando que o mesmo fora assinado somente em 12/03/2015, documento esse em anexo, conferido e recebido por Eliane Gonçalves Alves, empregada da empresa responsável pelo RH.

Tal benefício faz parte integrante do acordo de convenção coletiva, conforme documento juntado em sua "cláusula 2.9".

Em total abuso do bom senso as Rés convocaram os ex. Funcionários para ofertar a eles que se entendesse com a Ré SABESPREV, que possuía essa diversas formas de reenquadramento no convênio médico, ofertando aos funcionários um plano de adesão, aonde que além de pagar um valor mensal pela manutenção do convênio, ainda estava sujeito ao pagamento das consultas médicas e exames, por um percentual reduzido do valor particular.

Por questões óbvias o Autor não aderiu tal prerrogativa, tendo em vista que seu plano de saúde junto as Rés, quando funcionário era de cobertura total, pagando apenas R\$ 31,90 (Trinta e Um Reais e Noventa Centavos), por pessoa.

Destacamos que a empresa Saned está ofertando para o Autor não o retorno em seu plano de saúde, pagando sua cota parte mais a do Autor, mas sim é venda de novo convênio, como podemos verificar em anexo, qualquer pessoa, sendo funcionário ou não das Rés, podem aderir ao plano ofertado.

Um ponto a ser informado que mesmo se o Autor entre nesse novo plano vendido, terá as carências de uma nova contratação, mais um ponto que demonstra que as Rés não estão aplicando a Lei 9565/98, o que só faz o Autor em apelo buscar seu direito em juízo. (e-STJ fls. 2/3.)

Mais adiante, afirmou na inicial "que o valor pago pelo plano do autor era de R\$ 31,90 (Trinta e Um Reais e Noventa Centavos), sendo que a empresa paga 70% do plano, estamos falando que o valor devido pelo Autor somando a parte da empresa que é de R\$ 74,40 (Setenta e Quatro Reais e Quarenta Centavos), deve o autor arcar com a somatória de R\$ 106,30 (Cento e Seis Reais e Trinta Centavos)" (e-STJ fl. 5). Com fundamento nos arts. 9º, 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998, requereu:

c) Condenação da Ré na obrigação de manterem o convênio médico do Autor e de seus dependentes, a fim de que o mesmo pague mensalmente a importância correspondente à soma dos valores pagos por ele e pela empregadora à época em que se encontrava ativo na empresa ou, alternativamente, que Vossa Excelência,

Superior Tribunal de Justiça

realize revisão dos valores apresentados pelo Plano de Saúde, a fim de diminuir o valor imposto ao Autor, considerando a onerosidade excessiva das tabelas ofertadas;

d) Que os reajustes da mensalidade ocorram nos termos do artigo 9º da Lei 9656/98, como qualquer outra operadora de saúde; (e-STJ fl. 10.)

A inicial foi emendada para que constasse do polo passivo apenas a SABESPREV (cf. e-STJ fls. 171/172).

A emenda à petição inicial foi recebida, deferindo-se, também, a tutela antecipada "para determinar que a ré restabeleça os serviços médicos e hospitalares prestados ao autor e seus dependentes, ou seja, ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral" (e-STJ fls. 178/179).

O pedido foi julgado procedente "para condenar a ré a manter o autor e sua dependente, Sr.^a Inácia Patriota de Freitas, ambos qualificados nos autos, sem interrupção, no mesmo plano de saúde gozado na vigência de seu contrato de trabalho, com observância das exatas condições em que vigia à época, mediante o pagamento, pelo autor, do valor assumido quando da relação trabalhista, acrescido da cota patronal. Registre-se, ainda, que deverá a ré, de imediato, providenciar o necessário ao pagamento, pelo autor, dos valores ora mencionados, inclusive, para dispensar a manutenção dos depósitos judiciais" (e-STJ fl. 377). A tutela antecipada concedida foi tornada definitiva, constando da sentença, ainda, que:

O documento de fls. 125, demonstra que o autor e sua dependente, sra. Inácia Patriota de Freitas, figuravam como beneficiários do contrato de saúde firmado pela ré, pelo "plano padrão", dotado de cobertura nacional, na modalidade "acomodação enfermária", pelo período de 21/04/2014 a 28/02/2015.

Outrossim, consta às fls. 16/21, a ocorrência da rescisão do contrato de trabalho do autor, sem justa causa, datada de 05/03/2015.

Tais informações são suficientes ao reconhecimento do direito subjetivo do autor à garantia disposta no referido dispositivo legal, ou seja, artigo 30, da Lei 9.656/1998.

Menciona a ré, que o cumprimento ao referido dispositivo legal, foi efetivado através do oferecimento ao autor da migração aos "planos executivo, padrão e plano 279".

Porém, o artigo 30, da Lei 9.656/1998 estabelece, de forma clara, a necessidade de garantia das "mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral".

Observa-se que referido dispositivo legal não exige período de carência, portanto, a afirmação da ré, no sentido de que o autor permaneceu por, aproximadamente, um ano, como beneficiário, em nada repercute no desfecho da presente ação.

Da interpretação literal do preceito legal, emerge a obrigação da ré, quanto à manutenção da mesma categoria contratual, anteriormente usufruída pelo autor, ou seja, o "plano padrão", dotado de cobertura nacional, na modalidade "acomodação enfermária", mediante pagamento, pelo autor, dos mesmos valores vigentes na data da rescisão do seu contrato de trabalho, ou seja, em 05/03/2015, assumindo o autor a parte ideal que lhe era destinada e também aquela assumida pela empregadora, sem qualquer acréscimo, em decorrência da rescisão do contrato de

trabalho.

Nesse sentido, confira-se:

[...]

A tese de defesa da ré, no sentido do procedimento adotado estar autorizado pela Resolução 279 da Agência Nacional de Saúde não comporta acolhida. Isso porque eventual norma de caráter administrativo, não tem o condão de prevalecer em relação ao dispositivo legal acima mencionado e de restringir direito garantido ao consumidor. Destaque-se, importante precedente da jurisprudência: (e-STJ fls. 374/376.)

O TJSP deu parcial provimento à apelação da SABESPREV, destacando que: "se, de um lado, não é permitido à operadora a discriminação de plano para ativos e inativos, devendo o ex-funcionário ser mantido na mesma apólice vigente para os funcionários ativos, apenas com incremento na mensalidade correspondente ao valor subsidiado pela empregadora, de outro, não se reconhece ao ex-funcionário o direito adquirido à manutenção dos mesmos valores antes pagos, devendo, ao revés, acompanhar os custos relacionados à apólice única atualmente fornecida, não sendo razoável, sob pena de se impor a ruína do plano, o congelamento de prêmios em relação a ex-funcionários" (e-STJ fl. 574 – grifei). Na parte provida, assim, impôs ao autor "o pagamento do **valor integral e atual da mensalidade dos ativos**, que deve perfazer a cota que pagava como empregado, somada à parte paga pela empregadora, a ser apurada em sede de liquidação de sentença" (e-STJ fl. 574). Acerca dos temas apresentados na apelação, assim se pronunciou o Tribunal de origem:

Observe-se que, ao revés do que alega a operadora houve o efetivo preenchimento dos requisitos legais para manutenção do contrato por tempo indeterminado, não se tratando de hipótese de manutenção nos termos do artigo 30, da Lei nº 9.656/98.

Isso porque o autor logrou êxito em demonstrar que foi demitido sem justa causa em 12/02/2015 (fls. 547/548), após permanecer vinculado aos planos de saúde disponibilizados pela ex-empregadora por mais de dez anos, visto que admitido no primeiro plano, disponibilizado à época ela operadora Interclínicas, em 26/06/1995, conforme constou da ficha de adesão trazida aos autos (fls. 526). No referido documento, outrossim, consta que era realizado desconto em salário base do valor correspondente a tabela de subsídio.

Ademais, há declaração da própria ex-empregadora informando que o autor fora conveniado dos seguintes planos de saúde mantidos pela SANED: i) Unimed do ABC – Cooperativa de Trabalho Médico, de 02/04/2007 a 21/12/2012; ii) Amil Assistência Médica Internacional S/A, de 22/12/2012 a 21/01/2014; e, iii) Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV, de 21/04/2014 a 28/02/2015 (fls. 125).

O fato de ter a ex-empregadora optado, ao longo do período em que compreendido o contrato de trabalho, pela sucessão de operadoras de plano de saúde para a concessão do benefício assistencial a seus funcionários não afasta o direito do autor de contabilização do período total em que esteve vinculado à empresa e aos planos de saúde por ela disponibilizados.

Houve comprovação, outrossim, de que, embora tenha o desligamento da empresa, em si, ocorrido em fevereiro de 2015 mediante demissão sem justa

Superior Tribunal de Justiça

causa, nesta ocasião já se encontrava o autor aposentado, visto que vigente a aposentadoria a partir de 13/01/2009 (fls. 546).

[...]

Tanto é que o próprio autor juntou aos autos termo de ciência em que a operadora facultou a sua inclusão em planos destinados exclusivamente a inativos (fls. 38), oferta refutada em virtude de sua intenção de permanecer vinculado ao plano sob as mesmas condições de cobertura e preço de quando ainda estava na ativa.

O cerne da controvérsia reside, pois, na forma de custeio e nos valores a serem pagos, uma vez que o autor alega que teria havido majoração abusiva no valor das mensalidades após o desligamento da empresa.

É certo que se mostra ilegal a adoção de critérios diversos de reajuste para ativos e inativos, pelos motivos a seguir expostos, por isso, como entendeu o MM. Juízo sentenciante, deverá ser a ré condenada à manutenção do autor e sua dependente, por prazo indeterminado, na apólice coletiva de plano de saúde, nas mesmas condições que usufruem os funcionários da ativa, mediante o pagamento integral, pelo autor, da contribuição devida.

Ora, a despeito do quanto disposto pela Resolução Normativa nº 279 da ANS e nada obstante, de fato, não exista direito adquirido à manutenção da forma de custeio, é inviável a segregação das apólices dos funcionários ativos e dos inativos, embora não haja impedimento para que a forma de custeio do plano, como um todo, sobre alteração.

Não se confundem as situações de reestruturação do plano, com alteração da forma de custeio para a utilização da faixa etária para todos os beneficiários (ativos ou inativos), com aquela em que o reajuste por faixa etária é imposto tão somente para a apólice disponibilizada aos inativos. Isso porque esta conduta discricionatória não se coaduna com a necessidade de equiparação dos planos entre ativos e inativos, que devem se diferenciar tão somente pela responsabilidade pelo custeio dos valores, uma vez que os primeiros o dividem com a empregadora, enquanto que os inativos assumem o pagamento integral.

[...]

Interpretação diversa seria contrária aos ditames do Estatuto do Idos, do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/95. Isso porque a Resolução nº 279/2011 da ANS, que autorizaria condições diferenciadas entre ativos e inativos, é norma de natureza secundária que, por seu conteúdo restritivo, não se sobrepõe aos referidos diplomas legais, consoante já decidido no julgamento do agravo de instrumento nº 2071479-68.2013.8.26.0000:

[...]

Assim, à toda evidência, não cabe ao plano de saúde fazer discriminação da forma de custeio e de valores a serem cobrados de ativos e inativos, cabendo ao funcionário inativo a obrigação de custear o valor completo da mensalidade, já que sem o subsídio da parcela patronal.

[...]

Destarte, deve ser mantida a r. sentença, para condenar a ré à manutenção do autor e da dependente no mesmo plano de saúde gozado durante a vigência do contrato de trabalho, por tempo indeterminado, nas mesmas condições que usufruem os funcionários da ativa, mas mediante o pagamento integral e atual, pelo autor, da contribuição devida, a ser apurada em fase de liquidação. (e-STJ fls. 570/574.)

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

Superior Tribunal de Justiça

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 seguir, 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

Superior Tribunal de Justiça

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 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 SUPOSTAR

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 tema 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 tema 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 Andrigli, 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. (AgInt 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. (AglInt 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 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,

Superior Tribunal de Justiça

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 recurso especial, a primeira questão jurídica invocada pela recorrente é saber "se o direito do Recorrido à manutenção da condição de beneficiário em plano de saúde se dá por tempo determinado (aplicação do artigo 30 da Lei 9.656/98) ou por tempo indeterminado (aplicação do artigo 31 da Lei 9.656/98)" (e-STJ fl. 591).

No que se refere a esse tema, pertinente ao período de tempo em que o autor e seus dependentes poderão permanecer no plano de saúde, a recorrente sustenta a tese de violação dos arts. 30 e 31 da Lei n. 9.656/1998 e argumenta que "o v. acórdão recorrido não considerou o tempo de contribuição para o produto Plano Pleno, na aplicação dos mencionados dispositivos, nem o fato do Recorrido ser ex-empregado da SANED e não da SABESP, realizando interpretação completamente equivocada da Lei Federal" (e-STJ fl. 593). Afirma, também, que:

A contribuição do Recorrido para com os planos de saúde oferecidos pela SABESPREV, exclusivo para os empregados da SABESP, se restringiu ao período entre 2014 e 2015, quando os empregados da SANED foram cedidos para a SABESP, sem transferir o vínculo empregatício.

De 1995 a 2014 o Recorrido laborou exclusivamente para a SANED e contribuiu para planos de saúde oferecidos pela Unimed e Amil, em decorrência desse vínculo empregatício. Portanto, caso o Recorrido pretenda requerer a manutenção da condição de beneficiário por tempo indeterminado, deve acionar essas operadoras, que possuíam relação direta com sua ex-empregadora, a SANED.

Portanto, é incontroverso que o Recorrido contribuiu para o plano de saúde operado pela SABESPREV e patrocinado pela SABESP por apenas 01 ano, de modo a manutenção em plano de saúde pretendida dever estar limitada ao período estabelecido no artigo 30, § 1º, da Lei 9.656/98. (e-STJ fls. 594/595.)

Superior Tribunal de Justiça

Sem razão a recorrente.

No presente caso, consta da inicial que o autor – aposentado desde 2009 (cf. e-STJ fl. 571) – "laborou na empresa SANED, pelo período de 21/02/1995 a 13/02/2015, momento de sua demissão sem justa causa. Valendo-se que a empresa SABESP, geriu o último ano de contrato da funcionária por essa empresa ter ganhado a concessão do serviço no Município" (e-STJ fl. 2 – grifei). Observe-se que o autor deixa claro que a SABESP apenas "geriu" o contrato de trabalho existente com a SANED, sem afirmar que passou a ser empregado daquela.

Não está expresso na sentença que o contexto fático não seria esse.

O Tribunal de origem, por sua vez, deixou claro, mediante o exame de provas, que o autor contribuiu por mais de 10 (dez) anos para os planos de saúde contratados pela SANED, ex-empregadora do autor, incluindo aí a contratação da SABESPREV, certamente no período de gestão pela SABESP, sendo oportuno reiterar as seguintes passagens do acórdão que afastou a aplicação do art. 30 da Lei n. 9.656/1998:

Isso porque o autor logrou êxito em demonstrar que foi demitido sem justa causa em 12/02/2015 (fls. 547/548), após permanecer vinculado aos planos de saúde disponibilizados pela ex-empregadora por mais de dez anos, visto que admitido no primeiro plano, disponibilizado à época ela operadora Interclínicas, em 26/06/1995, conforme constou da ficha de adesão trazida aos autos (fls. 526). No referido documento, outrossim, consta que era realizado desconto em salário base do valor correspondente a tabela de subsídio.

Ademais, há declaração da própria ex-empregadora informando que o autor fora conveniado dos seguintes planos de saúde mantidos pela SANED: i) Unimed do ABC – Cooperativa de Trabalho Médico, de 02/04/2007 a 21/12/2012; ii) Amil Assistência Médica Internacional S/A, de 22/12/2012 a 21/01/2014; e, iii) Fundação Sabesp de Seguridade Social – SABESPREV, de 21/04/2014 a 28/02/2015 (fls. 125).

O fato de ter a ex-empregadora optado, ao longo do período em que compreendido o contrato de trabalho, pela sucessão de operadoras de plano de saúde para a concessão do benefício assistencial a seus funcionários não afasta o direito do autor de contabilização do período total em que esteve vinculado à empresa e aos planos de saúde por ela disponibilizados. (e-STJ fls. 570/571 – grifei.)

Para modificar o contexto fático descrito no acórdão recorrido e aplicar o art. 30 da Lei n. 9.656/1998 em vez do art. 31 do mesmo diploma, seria necessário reexaminar as provas contidas nos autos, o que encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

Por outro lado, a possibilidade de somar todos os períodos de contribuição envolvendo várias operadoras de planos de saúde contratadas sucessivamente está respaldada na tese do item I deste voto, sendo irrelevante que o autor tenha contribuído especificamente para a SABESPREV por apenas 1 (um) ano.

Quanto à abrangência das condições de cobertura do plano de saúde, o Tribunal de origem decidiu corretamente na linha das teses acima adotadas ao manter o

autor, aposentado, e sua esposa no mesmo plano de saúde, "mediante o pagamento do **valor integral e atual da mensalidade dos ativos**, que deve perfazer a cota que pagava como empregado, somada à parte paga pela empregadora, a ser apurada em sede de liquidação de sentença" (e-STJ fl. 574). Igualmente bem andou a Corte local ao explicitar assim: "se, de um lado, não é permitido à operadora a discriminação de plano para ativos e inativos, devendo o ex-funcionário ser mantido na mesma apólice vigente para os funcionários ativos, apenas com incremento na mensalidade correspondente ao valor subsidiado pela empregadora, de outro, não se reconhece ao ex-funcionário o direito adquirido à manutenção dos mesmos valores antes pagos, devendo, ao revés, acompanhar os custos relacionados à apólice única atualmente fornecida, não sendo razoável, sob pena de se impor a ruína do plano, o congelamento de prêmios em relação a ex-funcionários" (e-STJ fl. 574 – grifei).

Tal orientação segue as teses dos itens II e III acima.

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, NEGOU PROVIMENTO ao recurso especial.

Superior Tribunal de Justiça

É como voto.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.816.482 - SP (2019/0144247-0)
RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV
ADVOGADO : ANTONIO MARCIO BOTELHO - SP394172
RECORRIDO : ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS
ADVOGADOS : RICARDO ANTÔNIO RODRIGUES ANDRADE - SP183474
FERNANDA CRISTINE CAPATO - SP285404
INTERES. : FEDERACAO NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLITICA E DIR. DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
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
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. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAUDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADA : CAROLINA CARDOSO FRANCISCO MOUTINHO - RJ116999
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : WLADIMIR CORRADI COELHO - DEFENSOR PÚBLICO FEDERAL
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. 1.036 do Código de Processo Civil de 2015), interposto por FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL - SABESPREV, 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 deu parcial provimento ao recurso de apelação da operadora de plano de saúde para, mantida a sentença quanto à condenação da "(...) ré à manutenção do autor e da dependente no mesmo plano de saúde gozado durante a vigência do contrato de trabalho, por tempo indeterminado, nas mesmas condições que usufruem os funcionários da ativa"(fl. 574 e-STJ), determinar "(...) o pagamento integral e atual, pelo autor, da contribuição devida, a ser apurada em fase de liquidação"(fl. 574 e-STJ).

Superior Tribunal de Justiça

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - Pretensão do ex-funcionário de ser mantido, juntamente com sua dependente, no plano de saúde nos termos do art. 31, da L 9.656/98, sob as mesmas condições vigentes ao tempo em que estava na ativa, inclusive em relação ao valor da mensalidade - Alegação de majoração abusiva do valor com o oferecimento de plano exclusivo para inativos - Preliminar - Não caracterizada hipótese prevista pelo § 1º, do art. 489, do CPC - Sentença devidamente fundamentada - Cumpridas as exigências do art. 31, da L 9.656/98 - Ex-funcionário demitido sem justa causa, quando já aposentado, que contribuiu para o plano por mais de dez anos - Inadmissibilidade da diferenciação de custos entre ativos e inativos - RN 279/11 da ANS, por possuir caráter restritivo, não se sobrepõe à L 9.656/98 - Condenação da ré à manutenção do autor e sua dependente no plano fornecido aos funcionários da ativa, desde que assuma a parcela patronal - Direito à continuidade como beneficiário que não implica o de pagar o mesmo custo antes existente, mas sim o de pagar os custos atuais, com a assunção da parcela paga pela ex-empregadora, a ser apurada em liquidação - Sentença de procedência mantida, mas com observação no tocante ao valor da mensalidade - DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO"(fl. 566 e-STJ).

Os embargos de declaração opostos foram acolhidos, sem efeitos modificativos, apenas para corrigir erro material, tendo sido retirado do acórdão o fundamento relativo ao Código de Defesa do Consumidor, já que a recorrente é entidade de autogestão, em conformidade com a Súmula nº 608/STJ (fls. 715/719 e-STJ).

No especial, a recorrente aponta contrariedade aos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998 e 4º, XI, da Lei nº 9.961/2000.

Na sessão do dia 25/11/2020, o Relator, Ministro Antonio Carlos Ferreira, negou 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

Superior Tribunal de Justiça

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.'

3. Julgamento do caso concreto

a) Inaplicabilidade do art. 30 da Lei n. 9.656/1998, tendo em vista que o prazo de 10 (dez) anos disciplinado no art. 31 do mesmo diploma encontra-se comprovado, decorrendo da somatória de todos os períodos de contribuição envolvendo várias operadoras de planos de saúde contratadas sucessivamente pelo ex-empregador.

b) Ofensa ao art. 31 da Lei n. 9.656/1998 não caracterizada, tendo em vista que os empregados ativos e os ex-empregados inativos, conforme decidido pelo Tribunal de origem, devem encontrar-se vinculados a um único plano de saúde, sem distinções.

c) Acolher as razões recursais com o propósito de modificar o contexto fático-probatório inserido no acórdão recorrido encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ.

4. Recurso especial a que se nega 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 assumo 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.

Superior Tribunal de Justiça

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."*

Esse entendimento reflete a orientação jurisprudencial desta Corte Superior, conforme se extrai de trecho da 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 haviam sido 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:

Superior Tribunal de Justiça

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.

No que tange ao segundo tópico, relacionado aos encargos financeiros e aos 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 quanto às 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

Superior Tribunal de Justiça

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 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

Superior Tribunal de Justiça

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 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 assumira 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

Superior Tribunal de Justiça

particularidades. Isso tudo sob pena de que o sistema entre em colapso” (fls. 1.100/1.106 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 quanto a possíveis aumentos das 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

Superior Tribunal de Justiça

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.

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 toda a fundamentação do julgado também se aplica 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:

Superior Tribunal de Justiça

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 coletivo empresaria.

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 negar provimento ao recurso especial, propondo ajustes nas teses repetitivas.

É o voto.

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.816.482 - SP (2019/0144247-0)
RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV
ADVOGADO : ANTONIO MARCIO BOTELHO - SP394172
RECORRIDO : ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS
ADVOGADOS : RICARDO ANTÔNIO RODRIGUES ANDRADE - SP183474
FERNANDA CRISTINE CAPATO - SP285404
INTERES. : FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADOS : GUSTAVO BINENBOJM - DF058607
ALICE BERNARDO VORONOFF DE MEDEIROS - DF058608
INTERES. : INSTITUTO BRASILEIRO DE POLÍTICA E DIR. DO CONSUMIDOR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : SIMONE MARIA SILVA MAGALHÃES - DF024194
INTERES. : AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
PROCURADOR : DANIEL JUNQUEIRA DE SOUZA TOSTES
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
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. : INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADA : CAROLINA CARDOSO FRANCISCO MOUTINHO - RJ116999
INTERES. : DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO - "AMICUS CURIAE"
ADVOGADO : WLADIMIR CORRADI COELHO - DEFENSOR PÚBLICO FEDERAL
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 FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV, fundamentado na alínea "a" do permissivo constitucional, contra acórdão do TJ/SP.

Superior Tribunal de Justiça

Ação: declaratória c/c obrigação de fazer, ajuizada por ADALBERTO FLORENCIO DE FREITAS, em face de FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL-SABESPREV, pretendendo a manutenção do plano de saúde após a aposentadoria, nas mesmas condições de que gozava quando vigente o contrato de trabalho, assumindo o seu custeio integral.

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

Acórdão: o TJ/SP, à unanimidade, deu parcial provimento à apelação interposta por SABESPREV, nos termos da seguinte ementa:

APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - Pretensão do ex-funcionário de ser mantido, juntamente com sua dependente, no plano de saúde nos termos do art. 31, da L 9.656/98, sob as mesmas condições vigentes ao tempo em que estava na ativa, inclusive em relação ao valor da mensalidade - Alegação de majoração abusiva do valor com o oferecimento de plano exclusivo para inativos - Preliminar - Não caracterizada hipótese prevista pelo §1º, do art. 489, do CPC - Sentença devidamente fundamentada - Cumpridas as exigências do art. 31, da L 9.656/98 - Ex-funcionário demitido sem justa causa, quando já aposentado, que contribuiu para o plano por mais de dez anos - Inadmissibilidade da diferenciação de custos entre ativos e inativos - RN 279/11 da ANS, por possuir caráter restritivo, não se sobrepõe à L. 9.656/98 - Condenação da ré à manutenção do autor e sua dependente no plano fornecido aos funcionários da ativa, desde que assumam a parcela patronal - Direito à continuidade como beneficiário que não implica o de pagar o mesmo custo antes existente, mas sim o de pagar os custos atuais, com a assunção da parcela paga pela ex-empregadora, a ser apurada em liquidação - Sentença de procedência mantida, mas com observação no tocante ao valor da mensalidade - DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO.

Embargos de declaração: opostos por SABESPREV, foram acolhidos, sem efeitos modificativos, para reconhecer erro material consistente na menção ao CDC, embora se trate de plano de autogestão, tendo sido suprimida a incidência da legislação consumerista como um dos fundamentos do acórdão embargado.

Recurso especial: aponta violação dos arts. 30, §1º, e 31 da Lei nº 9.656/98, bem como do art. 4º, XI, da Lei 9.961/2000.

Superior Tribunal de Justiça

Sustenta, em síntese, que é fato incontroverso que “Adalberto Florêncio e sua dependente não contribuíram para o PLANO PLENO pelo prazo mínimo de 10 anos exigidos pelo artigo 31 da Lei 9.656/98, pois permaneceram como seus beneficiários apenas entre os anos de 2014 e 2015” (fl. 592, e-STJ), razão pela qual “o presente caso seria de aplicação do artigo 30, §1º, da Lei 9.656/98, e não aplicação de seu artigo 31” (fl. 593, e-STJ).

Afirma que “a Lei 9.656/98 não prevê a soma das contribuições de produtos diferentes, até porque são oferecidos por operadoras distintas, decorrente do vínculo de trabalho com a SANED e não com a SABESP” e que “os planos de saúde oferecidos pela SABESPREV são exclusivos para os empregados da SABESP e seus próprios, não sendo possível, para fins de aplicação dos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98, considerar o período de contribuição da época em que o Recorrido laborou exclusivamente para a SANED” (fl. 594, e-STJ).

Alega que “as mesmas condições de cobertura assistencial se referem ao conteúdo da assistência à saúde prestada e não ao critério de composição do valor integral”; que “a Lei 9.656/98 em nenhum dos seus artigos veda a criação de planos distintos para empregados e ex-empregados”; que “o v. acórdão não se atentou ao fato de existir um plano destinado exclusivamente aos inativos que é totalmente idêntico ao dos ativos (Plano 279), não havendo embasamento legal algum para alegar que a Resolução da ANS desfavorece aos ditames previstos em Lei”; e que “a Resolução seguinte da ANS que tratou do tema (Resolução 279 da ANS, que também regulamentou os artigos 30 e 31 da Lei nº9.656/1998, revogando a CONSU 21/99) permitiu que a empregadora criasse planos separados para empregados e ex-empregados (artigo 13, inciso II)” (fls. 596 e 598-599, e-STJ).

Assevera que “não aceitar a regulamentação apresentada pela ANS significa direta afronta ao dispositivo de lei que define sua competência” (fl. 604,

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*.

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.

Superior Tribunal de Justiça

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

Superior Tribunal de Justiça

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

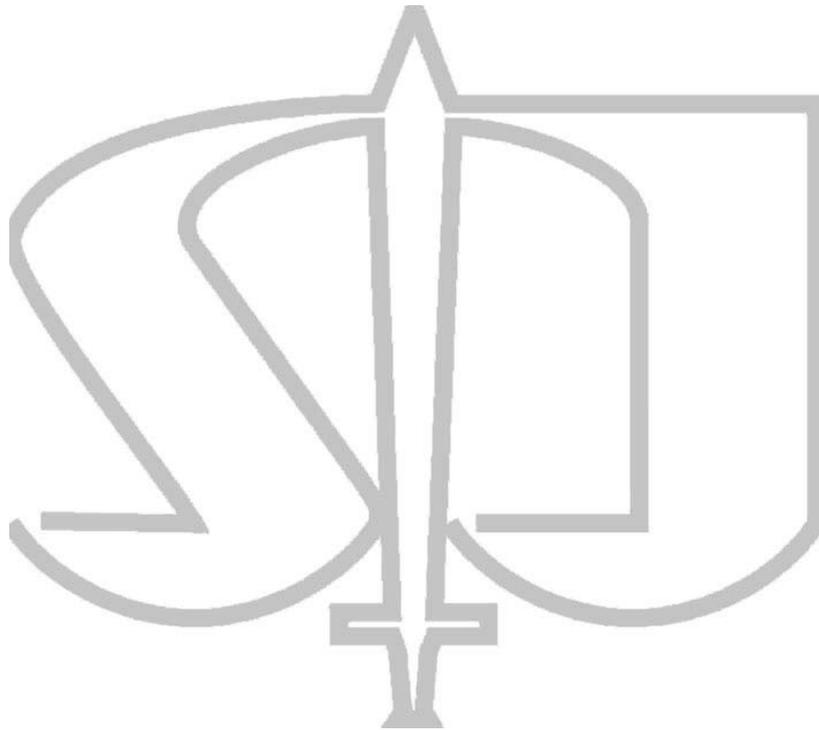
Consta do acórdão recorrido que: (i) “o autor logrou êxito em demonstrar que foi demitido sem justa causa em 12/02/2015 (fls. 547/548), após permanecer vinculado aos planos de saúde disponibilizados pela ex-empregadora por mais de dez anos”; (ii) “o fato de ter a ex-empregadora optado, ao longo do período em que compreendido o contrato de trabalho, pela sucessão de operadoras de plano de saúde para a concessão do benefício assistencial a seus funcionários não afasta o direito do autor de contabilização do período total em que esteve vinculado à empresa e aos planos de saúde por ela disponibilizados”; (iii) “houve comprovação, outrossim, de que, embora tenha o desligamento da empresa, em si, ocorrido em fevereiro de 2015 mediante demissão sem justa causa, nesta ocasião já se encontrava o autor aposentado, visto que vigente a aposentadoria a partir de 13/01/2009 (fls. 546)” (fls. 570-571, e-STJ).

Assim, ao decidir que “não é permitido à operadora a discriminação de plano para ativos e inativos, devendo o ex-funcionário ser mantido na mesma apólice vigente para os funcionários ativos, apenas com incremento na mensalidade correspondente ao valor subsidiado pela empregadora” e que “não se reconhece ao ex-funcionário o direito adquirido à manutenção dos mesmos valores antes pagos, devendo, ao revés, acompanhar os custos relacionados à apólice única atualmente fornecida, não sendo razoável, sob pena de se impor a ruína do plano, o congelamento de prêmios em relação a ex-funcionário” (fl. 574, e-STJ), o TJ/SP alinhou-se às teses consolidadas neste julgamento, razão pela qual, como observou o i. Relator, não merece qualquer reparo o acórdão recorrido.

Forte nessas razões, acompanho o voto do e. Relator, para aprovar as

Superior Tribunal de Justiça

teses propostas, sugerindo apenas a alteração na redação da terceira tese, e, no particular, para negar provimento ao recurso especial.



Superior Tribunal de Justiça

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 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 negando 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.

Superior Tribunal de Justiça

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

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.

CERTIDÃO

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

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, negou 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 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 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.