



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000006322

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Apelação Cível nº 1010064-12.2024.8.26.0002**, da Comarca de São Paulo, em que é apelante Amil Assistência Médica Internacional S/A e apelada Vera Maria Alves Mendes.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente) e PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO.

São Paulo, 9 de janeiro de 2025.

BENEDITO ANTONIO OKUNO
Relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1010064-12.2024.8.26.0002

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelado: Vera Maria Alves Mendes

Comarca: São Paulo

Voto nº 15.077

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - Plano de saúde coletivo - Ex-empregada - Manutenção no plano da ativa - Sentença de procedência - Inconformismo da operadora do plano de saúde - Desacolhimento - Matéria afetada pelo c. STJ - Tema 1034 - Julgamento dos REsp. 1818487/SP, 1816482/SP e 1829862/SP sob a sistemática dos recursos repetitivos - Beneficiária contribuiu por mais de 10 anos - A ré deve manter a autora no plano de saúde destinado aos funcionários ativos, vedada qualquer alteração, inclusive quanto aos valores, cabendo à autora o custeio integral - Reajuste por faixa etária - Abusividade - Não demonstrado que reajuste seguiu a paridade aos empregados da ativa - Ré não se desincumbiu do ônus probatório - Restituição de valores - Admissibilidade - Sentença mantida - RECURSO NÃO PROVIDO.

Apelação interposta contra sentença que julgou procedente a ação para confirmar a decisão de fls. 57/59 e condenar AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A a: a) manter o plano de saúde coletivo empresarial da autora, sob as mesmas condições de cobertura e preço oferecidas aos funcionários ativos (R\$ 2.108,87 – dois mil, cento e oito reais e dezessete centavos), mediante pagamento integral, pela demandante, das contraprestações mensais; e b) restituir à autora as diferenças entre os valores efetivamente cobrados da autora (inativos) e aqueles que deveriam ter sido

cobrados, nos termos do Tema 1034 do STJ, referentes ao período a partir de fevereiro de 2023, a serem apurados em liquidação de sentença.

A sentença ainda condenou a requerida no pagamento das custas e despesas processuais além dos honorários advocatícios fixados e 10% sobre o valor atualizado da causa.

Recorre a requerida apontando a inexistência de ato ilícito ao argumento de que contratado plano coletivo empresarial com a cláusula vigente sobre o reajuste por faixa etária; que a empresa contratante optou por contratar tabelas com preços diferenciados para ativos e inativos, de livre e espontânea vontade de forma que a apelante não poderá ser responsabilizada; afirma que apenas cumpriu as disposições contratuais.

Alega ainda que a autora deve arcar com as despesas integrais da mensalidade (tema 1034); que garantida as mesmas condições dos inativos sendo distinta apenas a forma de custeio cuja cobrança é pré-estabelecida de acordo com a tabela de custos por faixa etária.

Insurge-se ainda contra a condenação e restituição dos valores supostamente pagos a maior após 2018 ao fundamento de que ausentes os requisitos para configurar a responsabilidade civil.

O recurso foi processado e respondido, sendo encaminhado à segunda instância, onde foi admitido em seus regulares efeitos.

É o relatório.

Sem razão a apelante.

Não há controvérsia que a beneficiária titular foi

funcionário do instituto presbiteriano Mackenzie desde 01 de setembro de 2000; que em 03 de janeiro de 2022 houve rescisão do contrato de trabalho, sem justa causa, e que durante todo o período contribuiu para o plano de saúde.

Contudo, foi surpreendida com a majoração abusiva do valor da mensalidade ao ser incluída na tabela dos funcionários inativos, passando ao reajuste por faixa etária, portanto, muito além do valor acrescido da parte então subsidiada pela empresa empregadora.

A sentença corretamente decidiu de acordo com o julgamento do recurso repetitivo, como veremos.

O C. STJ, pela sistemática dos recursos repetitivos, afetou esta matéria sob o Tema 1034 e julgou os REsp. 1818487/SP, 1816482/SP e 1829862/SP, em 09/12/2020, pela relatoria do Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, em que 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."

Conforme a tese fixada no item "b", constata-se que, ao segurado inativo, cabe o custeio integral do plano estabelecido pelo empregador, igualmente aos ativos. Ou seja, deverá o ex-empregado arcar com a soma de sua cota parte e a parcela assumida pelo empregador, quando na ativa, cabendo à seguradora manter as condições de cobertura assistencial e de prestação de serviço, incluindo-se a igualdade de modelo de pagamento e valor da contribuição.

É incontroverso que optou pela permanência no plano de saúde ofertado pela apelante, com a assunção dos valores integrais, ou seja, os pagos diretamente pelo empregado, acrescidos dos valores subsidiados pela empregadora.

Como dito acima, a matéria em debate já foi resolvida em procedimento de recurso repetitivo. Destaca-se trecho do REsp 1818487/SP, a respeito deste tópico:

"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(m) 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.

(...)

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.

(...)

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:

(....)

Destaco que a QUARTA TURMA, no julgamento do AgInt 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.

Subsiste, portanto, a manutenção da autora no plano de saúde destinado aos funcionários ativos, vedada qualquer alteração, inclusive de valores, cabendo recolher a parcela correspondente a ex-empregadora.

Em relação à restituição dos valores pagos a maior a

partir de 2018, a ré não provou que o reajuste por faixa etária seguiu a paridade aos empregados da ativa, conforme entendimento de recurso repetitivo.

Aliás a ré afirma que contratado planos diferenciados para os inativos, seguindo o critério de reajuste por faixa etária apenas para a categoria dos inativos não vigendo para os ativos.

Nessas condições, fica mantida a r. sentença por seus próprios fundamentos.

Por força do art. 85, § 11, do CPC, majoram-se os honorários devidos ao advogado do apelado para 15% sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

BENEDITO ANTONIO OKUNO

Relator