



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000379765

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008017-02.2021.8.26.0348, da Comarca de Mauá, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelado JOSÉ OLIVEIRA DOS SANTOS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª 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 JAIR DE SOUZA (Presidente sem voto), JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO E ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

COELHO MENDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº: 41.790

APEL. Nº: 1008017-02.2021.8.26.0348

COMARCA: MAUÁ

ORIGEM: 1.ª VARA CÍVEL

JUIZ DE 1ª INSTÂNCIA: ANDERSON FABRÍCIO DA CRUZ

APTE: NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

APDO.: JOSÉ OLIVEIRA DOS SANTOS

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. TUTELA DE URGÊNCIA. Artigo 31 da Lei 9.656/98. Manutenção de plano de saúde de ex-empregado, aposentado e demitido sem justa causa, nos mesmos moldes dos funcionários da ativa. Sentença de procedência. Inconformismo da parte ré. Aplicação do entendimento firmado em sede de Recurso Especial Repetitivo. Tema 1034 do STJ - pacificando o entendimento sobre a matéria. Impossibilidade de distinção do custeio do plano entre funcionários ativos e inativos, mantidos os reajustes por faixa etária e desde que os beneficiários arquem com o valor total do prêmio mensal. Reajuste anual. Ilegalidade da aplicação do reajuste apurado pela operadora, posto que estabelece distinção entre os trabalhadores ativos e inativos. Ausência de comprovação de que o contrato tenha estabelecido o reajuste por faixa etária para todos os beneficiários, incluindo ativos e inativos. Abusividade verificada. Impossibilidade de rescisão unilateral sem prévia notificação. Ausência de justificativa para a rescisão unilateral do contrato de seguro saúde. Sentença mantida.

RECURSO DESPROVIDO.

Vistos.

Trata-se de apelação interposta por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A em face da r. sentença de fls. 487/491, que JULGOU PROCEDENTE a AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA ajuizada por JOSÉ OLIVEIRA DOS SANTOS para confirmar a tutela de urgência e determinar que a ré mantenha o autor e dependentes no plano de saúde nas mesmas condições assistenciais e de valores praticadas para os funcionários ativos da ex-empregadora, admitida apenas a diferenciação por faixa etária quando comprovadamente aplicada a todos os beneficiários, conforme Tema 1034 do STJ.

Em razão da sucumbência a ré foi condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 15% (quinze por cento) sobre o valor da causa atualizado, nos termos do art. 85, §2º do CPC.

Inconformada, a operadora de plano de saúde interpõe apelação, sustentando que: (i) o contrato de saúde foi mantido após o desligamento, mas com os reajustes cabíveis e legais; (ii) não há direito adquirido à manutenção dos valores anteriores, uma vez que o ex-empregado passou à condição de beneficiário inativo; (iii) os reajustes por faixa etária e sinistralidade são legítimos nos planos coletivos e estão previstos na Lei 9.656/98 e em resoluções da ANS, como as RN nº 563/2022, 557/2022 e 488/2022; (iv) o valor atual foi devidamente informado ao apelado, que inclusive assinou o termo de continuidade contratual.

Argumenta, ainda, que a decisão de primeiro grau desconsidera as peculiaridades do contrato coletivo, o cálculo atuarial e o necessário equilíbrio econômico-financeiro do fundo comum dos beneficiários. Pede, ao final, a reforma da sentença para que seja afastada a obrigação de manutenção das condições contratuais anteriores à rescisão do contrato de trabalho, reconhecendo-se a legalidade dos valores cobrados. Requer, ainda, a condenação do apelado em custas e honorários, bem como o prequestionamento da matéria. (fls. 494/512).

Recurso tempestivo, preparado e processado, apresentadas

contrarrazões (fls. 519/529).

Sem oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Cuidam os autos de “Ação de Obrigação de Fazer c/c Pedido de Tutela de Urgência”, na qual o autor aposentado e demitido sem justa causa pleiteou a manutenção do plano de saúde para si e seus dependentes nas mesmas condições quando ativo, mediante o pagamento integral do valor do prêmio.

Narrou o autor na exordial que era beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial MAX300 por mais de 10 anos, enquanto empregado da Prosegur Brasil S/A, tendo se aposentado e posteriormente sido demitido sem justa causa em 21/06/2021. Afirma que após o desligamento, não foi mantido no plano nas mesmas condições anteriores. Alega que a parte ré viola as normas contratuais e ignora os artigos da Lei nº 9656/98, que são claros a respeito da manutenção do aposentado no plano de assistência médica fornecido, com suas mesmas condições, razão pela qual ingressou com a presente ação.

Transcorrida a instrução, foi então proferida a r. sentença recorrida, a qual em que pesem os argumentos da parte ré - não comporta a reforma pretendida.

Pois bem.

No caso dos autos, restou comprovado que o autor laborou na empresa Prosegur Brasil S/A Transp. Val. Segurança de 17/09/1999 a 21/06/2021 (cf. fls. 17/18), contribuindo, assim, por mais de 21 anos com o plano de saúde ofertado pela ex-empregadora.

Ademais, restou comprovado, também, que o plano de saúde era oferecido aos trabalhadores da empresa e o valor descontado de seu holerite girava em torno de R\$ 270,00 reais (cf. fls. 22/34).

Assim, tendo o autor sido demitido, passa a ser aplicado, ao caso, o disposto na Lei nº 9.656/98.

Aqui, o C. Superior Tribunal de Justiça, em sede de Recurso Especial Repetitivo 1.818.487, firmou no Tema 1034 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 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”.

Em seu voto, o Ministro Relator ressaltou:

“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.

(...)

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”.

Desta feita, nos termos do Tema acima mencionado, afigura-se ilegal a segregação dos funcionários inativos em outro plano de saúde, havendo efetiva ofensa ao artigo 31 da Lei de Planos de Saúde.

Além disso, o plano dos funcionários inativos deve conter ***“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”*** (g.n.).

No caso dos autos, o d. Magistrado de Primeiro Grau acertadamente fundamentou (fls. 489/490):

“No caso dos autos, o autor demonstrou vínculo superior a 10 anos com o plano coletivo empresarial, fazendo jus à manutenção do benefício. A ré Notredame, por sua vez, não comprovou a regularidade dos valores cobrados após o desligamento, deixando de apresentar documentação clara sobre os critérios de reajuste e paridade com funcionários ativos, mesmo após diversas determinações judiciais (fls. 344/347, 392 e 470).

Na verdade, a documentação acostada aos autos revela grave descompasso entre a conduta da ré Notredame e as diretrizes estabelecidas pelo STJ. A prova documental aponta que, quando ativo, o autor contribuía com R\$ 193,78 por vida (fls. 399), sendo que a empregadora subsidiava 50% do valor total, conforme informado pela Prosegur (fls. 397/402). Após o desligamento, contudo, o valor foi majorado, inexistindo nos

autos prova de qualquer justificativa técnica que legitimasse tal incremento.

A tabela apresentada pela Notre Dame às fls. 357/358 evidencia a adoção de precificação manifestamente diferenciada para inativos, em clara violação à paridade exigida pelo precedente vinculante. A ré não logrou êxito em demonstrar que o valor atualmente cobrado corresponde à mera soma da antiga cota parte do autor com a parcela anteriormente suportada pelo empregador.

Portanto, as inconsistências documentais são flagrantes. A planilha acostada pela ré demonstra valores significativamente diversos entre ativos e inativos, sem apresentar a composição do valor total do plano na época ativa ou comprovar a manutenção do mesmo modelo de custeio.

A ex-empregadora Prosegur, embora não seja mais parte do processo, prestou informações às fls. 397/402, 473/474 e 477/478 que corroboram a tese autoral, esclarecendo que não possui contrato com a Notredame indicando a contribuição individual dos funcionários, que o desconto era variável conforme a remuneração (limitado a 5% do salário) e que não mantém acesso aos valores após o desligamento.

Este cenário evidencia que a ré Notredame promoveu alteração unilateral do modelo de precificação, aplicando valores manifestamente superiores aos inativos, em flagrante desconformidade com o Tema 1034 do STJ. A operadora não se desincumbiu do ônus de demonstrar a regularidade dos valores cobrados ou a manutenção da paridade entre ativos e inativos quanto ao modelo de pagamento e valor de contribuição, ônus que lhe incumbia (art. 373, II, do CPC) (...)."

Ora, não restou demonstrado que o plano ao qual o autor estava vinculado, quando na ativa, já utilizava o critério da faixa etária para fixação do valor do prêmio.

Desta feita, irretorquível a fundamentação explanada pelo juízo de origem

E este entendimento encontra amparo na jurisprudência desta Corte:

“TUTELA. Pedido de revogação prejudicado, ante o julgamento do recurso. PLANO DE SAÚDE. Manutenção de ex-funcionário aposentado. Demissão sem justa causa. Sentença de procedência, para determinar a manutenção do autor no plano de saúde, nas mesmas condições dos funcionários ativos, arcando com o pagamento integral da mensalidade. Aplicação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. Tese fixada no julgamento

do Recurso Especial Repetitivo n.º 1.818.487/SP. Tema 1034, STJ. Sentença mantida. Honorários advocatícios majorados. Recurso não provido, com observação”. (Apelação Cível 1028692-31.2020.8.26.0506; Relatora Fernanda Gomes Camacho; 5ª Câmara de Direito Privado; Julgamento: 23/07/2021)

“APELAÇÃO CÍVEL - OBRIGAÇÃO DE FAZER - Plano de saúde - Sentença que condenou a ré a incluir o autor e agravado no plano de saúde, nas mesmas condições anteriores à sua demissão e aposentadoria - insurgência da seguradora de saúde - Descabimento (...) Em relação ao mérito, evidencia-se o disposto nos arts. 30 e 31 da lei nº 9.656/98, que garante, ao empregado demitido sem justa causa, o direito em se manter como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura de quando na ativa, desde que assuma o pagamento integral da mensalidade, o que fora pleiteado à inicial As mensalidades devem ser calculadas de acordo com o valor pago pelos funcionários da ativa, segundo jurisprudência do c. STJ - Recurso não provido - SENTENÇA MANTIDA”. (Apelação Cível 1106179-68.2019.8.26.0100; Relatora Hertha Helena de Oliveira; 2ª Câmara de Direito Privado; Julgamento: 30/06/2021)

Tem-se, portanto, que o autor, na qualidade de ex-funcionário aposentado, tem direito a ser mantido em plano de saúde, com a mesma cobertura assistencial, assim entendido como rede credenciada, cobertura geográfica, padrão de acomodação e fator moderador, mas não lhe assiste direito adquirido ao modelo de custeio.

Há de se considerar que ao fornecer o benefício de assistência à saúde, a empregadora opta por custear o valor (integral ou não) do benefício, visando não somente o bem-estar de seus funcionários, como de seus familiares, evitando possíveis afastamentos por motivos de saúde.

Mostra-se possível a adoção da alteração do preço por faixa etária do plano, desde que previsto em cláusula contratual expressa.

Além disso, tendo o autor optado pela manutenção em plano oferecido por sua ex-empregadora, deve ser observado os reajustes por ela permitido, desde que não se verifique abusividade ou distinção nos índices aplicados para os funcionários ativos e inativos, o que, entretanto, restou comprovado no caso sub judice.

Neste sentido, já se decidiu:

"APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Artigo 31 da Lei 9.656/98. Ação movida contra a Fundação Saúde Itaú. Cobrança por faixas etárias. Sentença de procedência para determinar a manutenção do plano de saúde da parte autora nas mesmas condições de cobertura. Inconformismo. Acolhimento. MANUTENÇÃO NO PLANO. Plano de saúde estruturado em modelo unificado de faixas etárias e categorias, sem distinção entre ativos e inativos. Possibilidade de redesenho, nesses termos, reconhecida pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. Valores exigidos da segurada, que optou pela continuidade, compatíveis com as tabelas apresentadas a todos os empregados ativos e inativos. Precedentes desta Câmara e deste Tribunal. REAJUSTE ANUAL. Ausência de demonstração de disparidade entre ativos e inativos. REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA. Entendimento firmado por este Tribunal no julgamento do IRDR nº0043940-25-2017.8.26.0000 no sentido de que o reajuste em razão de alteração de faixa etária não é abusivo, desde que esteja previsto de forma expressa em cláusula contratual, seja realizada de acordo com a Resolução nº 63/03 da ANS, bem como que o percentual aplicado não seja desarrazoado. Reajuste não abusivo no caso. Improcedência da ação. Ônus da sucumbência a cargo da autora. Sentença reformada. RECURSO PROVIDO."(v.29919). (TJSP; Apelação Cível 1113027-42.2017.8.26.0100; Relator (a): Viviani Nicolau; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 22ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/05/2019; Data de Registro: 14/05/2019).

No caso *sub judice*, o autor foi demitido sem justa causa, ocasião em que recebeu as regras de custeio da mensalidade, inclusive as relativas à faixa etária, tendo optado por permanecer no plano. Não houve, pois, negativa de manutenção do seguro-saúde ao autor, que pôde optar por permanecer no plano.

Entretanto, não foram ofertadas as mesmas condições do seguro saúde disponibilizado aos funcionários da ativa, com o valor da mensalidade pago por eles, ainda que o autor assumisse a integralidade da prestação.

A controvérsia reside exclusivamente sobre os valores cobrados pela operadora de plano de saúde.

E nesse ponto, como bem ressaltou o juízo de origem, verifica-se abusividade na cobrança, já que realizada em valor superior ao arcado pela ex-empregadora a seus funcionários na ativa.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Assim sendo, entendo por acertada a r. Sentença, não merecendo provimento a reforma almejada pela Apelante.

Observo ainda que a função do julgador é decidir a lide de modo fundamentado e objetivo, portanto desnecessário o enfrentamento exaustivo de todos os argumentos elaborados pelas partes.

De todo exposto, pelo meu voto,
NEGO PROVIMENTO ao recurso.

Ante o disposto no artigo 85, parágrafo 11 do Código de Processo Civil, majoro os honorários recursais, em favor do patrono do autor, para 17% do valor atualizado da causa.

COELHO MENDES

Relator