



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000422041

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1014480-78.2019.8.26.0008, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelado EDUARDO DIAS MATUCHENKO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente sem voto), MÔNICA DE CARVALHO E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

AUGUSTO REZENDE

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1014480-78.2019.8.26.0008
Apelante: Bradesco Saúde S/A
Apelado: Eduardo Dias Matuchenko
Comarca: São Paulo
Juíza de primeiro grau: Elisa Leonesi Maluf
Voto nº 25092

Plano de saúde. Contrato coletivo. Art. 31 da Lei nº 9.656/98. Prêmio mensal. Requerida que passou a cobrar valor equivalente à soma do montante desembolsado por empregados com o subsídio da empregadora, conforme prova documental. Aumento que não se refere à aplicação de reajuste por faixa etária, em suposta violação da paridade com o modelo de custeio dos ativos. Adequação à tese firmada pelo STJ em recurso repetitivo (Tema 1034). Precedentes da Câmara. Pedido de revisão improcedente. Ilegitimidade passiva não configurada. Recurso provido em parte.

RELATÓRIO

A sentença de fls. 232/236, cujo relatório se adota, julgou procedente o pedido para confirmar a tutela de urgência concedida e “condenar a requerida a manter o autor e seus dependentes no plano de saúde contratado, com base no mesmo valor, critérios e requisitos contratuais dos empregados da ativa da empresa estipulante, mediante pagamento integral (contraprestação do segurado e do empregador)”.

Apela a ré, ao que argumenta ser parte ilegítima para responder aos termos do pedido na medida em que apenas segue as orientações da estipulante no sentido de incluir ou

excluir funcionário do contrato coletivo, não tendo a obrigação de modificar os valores devidos por cada beneficiário. Ressalta que o autor pretende ser mantido no plano coletivo sem assumir o pagamento integral do prêmio, buscando arcar com mensalidade em montante fora da realidade da apólice, em detrimento dos demais segurados.

Recurso tempestivo, instruído com comprovante de preparo e contrarrazoado.

É o relatório.

ARGUMENTAÇÃO E DISPOSITIVO

Inicialmente, cumpre afastar a tese da apelante no sentido de que não deve figurar no polo passivo. Afinal, a obrigação de fazer e a restituição de valores que se buscam impor são direcionadas à administradora do plano de saúde. Entre ela e o autor é que se estabeleceu a relação de direito material da qual emerge, ao menos em tese, o dano a ser afastado.

Como se sabe, após a extinção do vínculo laboral com a estipulante, subsiste a relação jurídica entre o beneficiário e a operadora do plano de saúde. Tanto que grassa na Corte Superior o entendimento de que “o ex-empregador, enquanto estipulante no contrato de plano de saúde em grupo, atua como mero mandatário, não possuindo legitimidade para integrar o polo passivo da lide nos casos de pedido de manutenção do plano de saúde após a aposentadoria ante a previsão do art. 31 da Lei n. 9.656/98” (AgInt no REsp n. 1.941.896/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 13/12/2021, DJe de 15/12/2021).

No mérito, contudo, comporta acolhida o reclamo recursal.

Ao que se alega na inicial, a autora insurge-se contra o valor da mensalidade do plano de saúde coletivo administrado pela ré e vinculado à sua ex-empregadora, *Ford Motor Company Brasil Ltda.*

Embora já tenha sido assegurado o direito de manutenção vitalícia do seguro saúde de que desfrutava na ativa, nos termos do art. 31, § 1º, da Lei nº 9.656/98, afirma o autor que as mensalidades são muito superiores àquelas que seriam pagas anteriormente à operadora, somada à parte que adimplia àquela que era custeada pela ex-empregadora.

Após o desligamento da empresa estipulante em setembro de 2019, foi assegurado em razão do aviso prévio a prorrogação da utilização do convênio médico por mais 3 meses e, a partir de novembro de 2019, o autor passou a arcar com a mensalidade de R\$ 1.744,91, já incluída a parcela relativa a um dependente. Como lhe era descontado em folha o valor de R\$ 164,18, presume a apelante ter havido aumento exorbitante em razão de nova forma de cálculo da mensalidade tendo por base a faixa etária, aplicada apenas para os inativos.

Ao que se verifica, contudo, os valores impugnados referem-se na verdade à cota parte da ex-empregadora, que passou a ser de responsabilidade do autor com o desligamento da empresa estipulante.

A ré bem esclareceu a situação da carteira de beneficiários e que não há distinção de modelo custeio entre os atuais empregados e os inativos (fls. 30/32 e 97/108).

No julgamento dos REsp nº 1818487/SP, 1816482/SP e 1829862/SP (Rel. Ministro Antonio Carlos Ferreira, Segunda Seção, j. em 9/12/2020, DJe 1/2/2021) em regime de recursos repetitivos, o Superior Tribunal de Justiça, assentou as seguintes teses para os fins do art. 1.040 do CPC/2015 (Tema 1.034):

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" (q. n.).

Envolvendo o mesmo plano coletivo, assim já se decidiu na Câmara:

Plano de saúde. Ação cominatória. Pedido de manutenção de ex-funcionário e seus dependentes em plano de saúde coletivo (art. 31 da lei nº 9.656/98). Ação julgada improcedente. Recurso do autor. Preliminares. Cerceamento de defesa não caracterizado. Documentos juntados pela ré que esclareceram todas as circunstâncias atinentes ao cálculo da prestação devida pelo autor, após a demissão. Legitimidade passiva da operadora de plano de saúde reconhecida, conforme precedente do E. STJ. Recurso do autor que não ofende o princípio da dialeticidade. Mero exercício do direito ao duplo grau de jurisdição. Inovação recursal não caracterizada. Recurso integralmente conhecido. Preliminares afastadas. Mérito. Autor que preenche os requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/98 e que foi cientificado a respeito da possibilidade de permanência como beneficiário do plano de saúde coletivo. Autor que deve pagar o valor integral da mensalidade, conforme sua faixa etária, valor este superior ao que é pago pelos funcionários da ativa. Informação claramente prestada pela empregadora por ocasião do fim do contrato. Ré que comprovou a criação de plano único para ativos e inativos.

Admissibilidade. Adequação do caso concreto às teses aprovadas pelo STJ no julgamento de recursos especiais repetitivos (Tema nº 1034). Sentença de improcedência do pedido mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1019555-16.2018.8.26.0564; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Bernardo do Campo - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/03/2022; Data de Registro: 14/03/2022 – g. n.);

PLANO DE SAÚDE – Cominatória – Operadora de plano de saúde que é parte legítima para figurar no polo passivo - Autor aposentado, beneficiário de plano de saúde nos termos do art. 31 da Lei nº 9.656/98 – Valor que está sendo cobrado do autor, para a manutenção no plano, corresponde ao custeio integral, considerando tanto a cota patronal quanto a que lhe era descontada do contracheque, consoante a sua faixa etária – Estrita observância no caso dos autos ao item b da tese formulada, para os efeitos do art. 1.040 do Código de Processo Civil, no REsp nº 1.818.487/SP (Tema nº 1.034) – Decisum reformado – Ônus sucumbenciais rearranjados - Apelos providos (TJSP; Apelação Cível 1026498-83.2017.8.26.0564; Relator (a): Rui Cascaldi; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Bernardo do Campo - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/04/2021; Data de Registro: 28/04/2021 – g. n.).

O *caput* do art. 31 da Lei nº 9.656/98 garante ao ex-funcionário aposentado e que tenha contribuído para o plano de saúde mantido pelo ex-empregador pelo prazo mínimo de dez anos 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.

Ademais, nem mesmo se vislumbra, com base nos números apresentados, abusividade a justificar o recálculo do valor da mensalidade, para ajustá-lo ao interesse do beneficiário, sobretudo tendo em vista que se trata de duas vidas.

Certo que ao aderir à proposta de continuidade da cobertura, o autor estava ciente dos valores que dele seriam

cobrados, conforme tabela então apresentada (fls. 32 e 99).

Conclusivamente, a hipótese é de improcedência do pedido, sendo carreados ao autor os ônus sucumbenciais pertinentes e fixados os honorários em 20% do valor atribuído à causa.

Ante o exposto, dou provimento em parte ao recurso.

É como voto.

Augusto Rezende

Relator