



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.656.827 - SP (2017/0043551-5)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
RECORRENTE : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDÚSTRIA DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES LTDA
ADVOGADO : ADRIANA MALDONADO DALMAS EULALIO E OUTRO(S) - SP136791
RECORRIDO : RUBENS JULIO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA E OUTRO(S) - SP153649

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. TRABALHADORES ATIVOS. MODALIDADE AUTOGESTÃO. EX-EMPREGADOS. PLANO COLETIVO EMPRESARIAL. REGIME DE CUSTEIO DIVERSO. POSSIBILIDADE. MANUTENÇÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL. VALORES INFERIORES AOS DE MERCADO. DIVISÃO DE CATEGORIAS. ATIVOS E INATIVOS. OPÇÃO DA OPERADORA. REQUISITOS LEGAIS. OBSERVÂNCIA.

1. Discute-se se é possível à empresa que oferece plano de saúde coletivo a seus empregados, na modalidade de autogestão pós-pagamento, contratar, com outra operadora, plano coletivo empresarial exclusivo para os trabalhadores inativos (demitidos e aposentados), a causar modificação no regime de custeio (pré-pagamento por faixas etárias), diante das determinações contidas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

2. É garantido 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 assuma o pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998).

3. A legislação visa proteger a possibilidade de permanência do ex-empregado como beneficiário de plano de saúde em iguais condições assistenciais de que gozava quando estava em atividade, haja vista as dificuldades que encontraria na contratação de plano individual com idade avançada ou sem emprego fixo, somado ao fato de cumprimento de nova carência, entre outros empecilhos, mas isso não significa que a proteção seja necessariamente no mesmo plano de saúde de origem. Legalidade 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, devendo-se evitar a onerosidade excessiva ao usuário e a discriminação ao idoso. Precedentes.

5. É possível ao ex-empregador (i) manter os seus ex-empregados - demitidos sem justa causa ou aposentados - no mesmo plano de saúde em que se encontravam antes do encerramento do contrato de trabalho ou (ii) contratar um plano de saúde exclusivo para eles (art. 13 da RN nº 279/2011 da ANS).

6. A opção da operadora por separar as categorias entre ativos e inativos também se mostra adequada para dar cumprimento às disposições legais, visto que há garantia ao empregado aposentado ou demitido de manutenção das mesmas condições de assistência à saúde, e, por princípio, em valores de mensalidade abaixo dos praticados no mercado, não havendo obrigatoriedade de que o plano de saúde coletivo seja uno, sobretudo com relação ao regime de custeio.

7. Recurso especial provido.

ACÓRDÃO



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília (DF), 02 de maio de 2017(Data do Julgamento)

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.656.827 - SP (2017/0043551-5)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Trata-se de recurso especial interposto por VOLKSWAGEN DO BRASIL - INDÚSTRIA DE VEÍCULOS AUTOMOTORES LTDA., com fundamento no art. 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que RUBENS JULIO DA SILVA, ex-trabalhador aposentado da recorrente, ajuizou, contra ela, ação de obrigação de fazer, visando a sua manutenção e de sua família no plano coletivo de saúde fornecido aos empregados da ativa, na modalidade de autogestão, assumindo, para tanto, o custeio de sua cota e o da ex-empregadora.

Asseverou que, após o rompimento do vínculo empregatício (em 28/11/2013), foi-lhe oferecido plano de saúde coletivo específico para inativos, na modalidade pré-pagamento por faixas etárias, o que acabou por majorar em demasia as mensalidades, apesar de haver as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando estava em atividade. Buscou, assim, a permanência no plano de saúde original, "(...) *no mesmo padrão e equivalência de valores em que estava enquanto empregado, assumindo o pagamento integral do plano de saúde*" (fl. 8), nos termos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998.

O magistrado de primeiro grau, concluindo ser lícita a contratação, pela empresa empregadora, de plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, de modo que era possível haver "(...) *na sociedade demandada VW, para os empregados, o Plano de Assistência à Saúde na modalidade de autogestão e, para os ex-empregados (ex-empregados lato sensu), o Plano de Assistência à Saúde Coletivo Empresarial*" (fl. 287, adaptado), julgou improcedentes os pedidos formulados na inicial.

Irresignado, o demandante interpôs apelação, a qual foi parcialmente provida para determinar a prevalência do contrato de assistência médica "(...) *nas mesmas condições da época da vigência do contrato de trabalho, mediante o pagamento pelo autor de contraprestação mensal em seu valor integral*" (fl. 353), compreendido como "(...) *a somatória da quantia que já era descontada mensalmente do salário do trabalhador mais a média do valor despendido pela empregadora com seus funcionários ativos nos últimos 12 meses anteriores ao desligamento do empregado*" (fl. 354). Foi afastada também a aplicação das Resoluções nºs 20 e 21 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), "(...) *pois resolução administrativa não pode*



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

restringir direito concedido por lei ao beneficiário" (fl. 354).

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"PLANO DE SAÚDE. AUTOR QUE CONTRIBUIU POR MAIS DE DEZ ANOS COM PLANO DE SAÚDE OFERECIDO POR SUA EMPREGADORA, TENDO APOSENTADO DURANTE O PERÍODO EM QUE TRABALHOU NA EMPRESA. MANUTENÇÃO DO CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NAS MESMAS CONDIÇÕES DE QUANDO ESTAVA TRABALHANDO. PAGAMENTO INTEGRAL DA MENSALIDADE. APLICABILIDADE DO ART. 31 DA LEI 9656/98.

1- O fato de o autor ter sido demitido, quando já estava aposentado não lhe retira o direito conferido pelo art. 31 da Lei 9656/98, pois contribuiu para o plano de saúde por mais de dez anos, tendo preenchido os requisitos do referido artigo.

2- O autor tem direito à manutenção do plano de saúde nas mesmas condições da época da vigência do contrato de trabalho, devendo, no entanto, pagar o equivalente à somatória da quantia que já era descontada mensalmente do seu salário mais a média do valor despendido pela empregadora com seus funcionários ativos nos últimos 12 meses anteriores ao desligamento do empregado.

3- Sentença reformada.

4- Apelação parcialmente provida" (fl. 349).

No especial, a recorrente aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos arts. 15 e 31 da Lei nº 9.656/1998; 5º, 10, 13, 14, 15, 17 a 21, e demais, da Resolução Normativa (RN) nº 279/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); 4º da Lei nº 9.961/2000; 104 e 114 do Código Civil (CC); 125, I, do Código de Processo Civil de 1973 (CPC/1973) e 5º, II e XXXVI, da Constituição Federal (CF).

Alega, em síntese, que oferece plano privado de assistência à saúde na modalidade de autogestão a seus funcionários e que o recorrido, quando aderiu ao Programa de Demissão Voluntária (PDV), anuiu aos termos do acordo, que previa, entre outros benefícios financeiros, a *"(...) possibilidade de continuidade do uso do seu plano de saúde VW, na categoria de inativos - sua condição atual -, cujos valores teve ciência"* (fl. 360). Acrescenta serem válidas as cláusulas pactuadas, de modo que devem ser observadas pelas partes em consonância com a boa-fé e a isonomia.

Argui também que é lícita, nos termos da RN nº 279/2011 da ANS, a contratação, com outra operadora, de plano de saúde exclusivo para os ex-empregados demitidos ou aposentados, desde que mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial do plano de origem, não havendo, contudo, garantia de preservação de valores de mensalidades.

Sustenta que a pretensão do recorrido, se acolhida, *"(...) ocasionará o incremento no valor do plano de saúde arcado pelos funcionários ativos"* (fl. 369), que têm, *"(...) como forma de pagamento, mero desconto sobre percentual de sua folha de pagamento"* (fl.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

370).

Assinala que as normas emanadas pela ANS estão em consonância com a legalidade, de forma que "(...) não há nenhuma obrigação da Recorrente em manter assistência à saúde aos inativos com a mesma contribuição dos ativos ou por mera 'soma' de cotas defasadas, implicando em rateio único entre tais diferentes categorias [ativos e inativos]" (fl.

372).

Consigna que:

"(...)

Daí decorre que o plano de saúde ofertado pela Recorrente, com custo diferenciado de um contrato individual, em condições IGUAIS às gozadas pelo Recorrido enquanto empregado, atende à previsão específica da Lei nº 9.656/98.

(...)

E, de fato, como bem salientado, impossível impor à ex-empregadora a manutenção de ex-empregado como se ATIVO fosse, cujo recolhimento se resume apenas aos valores parciais descontados de salário e que constam da folha de pagamento da Recorrente, com rateio de despesas apenas entre os atuais funcionários.

Outrossim, como se não bastasse, destaque-se, ainda, que o Recorrido era responsável pelo pagamento do equivalente a 1/3 (um terço) da co-participação – VALOR ESSE VARIÁVEL MÊS A MÊS EM DECORRÊNCIA DA QUANTIDADE DE UTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS, com vários descontos na sua folha de pagamento.

De modo a evitar distorções, foi elaborado o cálculo atuarial, de plena ciência do Recorrido, na qual constam os valores da assistência médica para a CATEGORIA INATIVOS, que suportam a totalidade das despesas, com base na divisão por faixa etária, deve ser aplicado ao caso em tela, diferentemente do plano de ativos, em que há mero desconto de percentual mínimo sobre o salário (incidente na folha de pagamento).

Frise-se que, com o cálculo por faixa etária, o inativo arca com uma mensalidade em quantia fixa e sem a referida co-participação, de modo até a facilitar o controle de suas despesas nesse aspecto.

Não há que se falar em abusividade na apuração de valor mensal por faixa etária, para um plano médico de alto padrão, mesmo porque ainda assim se encontra em patamar muito inferior ao praticado pelo mercado.

Daí porque não há que se considerar, para a finalidade de definição da mensalidade INTEGRAL do plano de saúde a ser honrado agora pelo INATIVO, a manutenção do percentual pago pelo Recorrido à época do término do contrato de trabalho (descontado de sua folha de pagamento) 'somado' à cota parte que a ex-empregadora arcava em tal oportunidade (ou arca para seus atuais funcionários ativos).

(...)

(...) manter aposentados/inativos na mesma categoria implicaria na divisão de valores das despesas entre estes e os primeiros, e via de consequência, continuariam sendo diretamente subsidiados pela Recorrente. E ainda que sem a participação desta, gerariam ainda prejuízos aos atuais funcionários, como bem destacado na r. decisão acima, e não estariam em igualdade de condições com os demais demitidos" (fls. 378/379 e 383).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Por fim, busca "(...) a inclusão do Recorrido na categoria exclusiva de INATIVOS do PLANO VW para ex-funcionários e aposentados, ao qual já havia feito SUA EXPRESSA OPÇÃO, nos exatos termos dispostos na legislação que regula a matéria, (...) determinando-se a cobrança por faixa etária (...) e que representa a INTEGRALIDADE de sua mensalidade" (fl. 393).

Após a apresentação de contrarrazões (fls. 553/561), o recurso foi admitido na origem (fls. 562/564).

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1.656.827 - SP (2017/0043551-5)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

Cinge-se a controvérsia a saber se é possível à empresa que oferece plano de saúde coletivo a seus empregados, na modalidade de autogestão, contratar, com outra operadora, plano exclusivo para os trabalhadores inativos (demitidos e aposentados), a causar modificação no regime de custeio, diante das determinações dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

1. Dos óbices ao conhecimento recursal

De início, quanto à alegação de ofensa ao art. 5º, II e XXXVI, da Constituição Federal, cumpre asseverar que compete ao Superior Tribunal de Justiça, em recurso especial, a análise da interpretação da legislação federal, motivo pelo qual se revela inviável discutir nesta seara a violação de normas constitucionais, matéria afeta à competência do Supremo Tribunal Federal (art. 102, III, da Carta Magna).

Ademais, no tocante aos dispositivos da RN nº 279/2011 da ANS tidos como afrontados, esta Corte Superior já consolidou o entendimento de que é incabível o exame de recurso especial que tenha por fundamento violação de resoluções, regulamentos, portarias, estatutos, ou seja, de atos normativos infralegais.

A propósito:

"PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. ALEGAÇÃO DE VIOLAÇÃO AO ART. 535 DO CPC. PRETENSÃO DE APRECIÇÃO DE ALEGADA OFENSA A DISPOSITIVOS CONSTITUCIONAIS. INVIABILIDADE, NA VIA DE RECURSO ESPECIAL. NECESSIDADE DE APRECIÇÃO DE NORMA EDITALÍCIA E RESOLUÇÃO, QUE NÃO SE ENQUADRAM NO CONCEITO DE LEI FEDERAL. DESCABIMENTO. AGRAVO REGIMENTAL IMPROVIDO.

(...)

III. Na forma da jurisprudência, 'o recurso especial tem por objetivo o controle de ofensa à legislação federal, nos termos do art. 105, III, 'a', 'b' e 'c', da Constituição Federal, e, por isso, não cabe a esta Corte a análise de suposta violação de portarias, instruções normativas, resoluções ou regimentos internos dos tribunais' (STJ, AgRg no AREsp 474.908/MG, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, DJe de 14/04/2014). Em igual sentido: STJ, AgRg no REsp 1.400.636/RS, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, DJe de 15/04/2014.

IV. Mostra-se inviável o conhecimento do Recurso Especial, quanto à alegada violação ao art. 53 da Lei 9.349/96, uma vez que a apreciação de sua contrariedade exigiria o exame de norma editalícia e da Resolução 21/2008,



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

da Universidade Federal do Acre, atos normativos que não se enquadram no conceito de lei federal, traçado pelo art. 105, III, da Constituição Federal. V. Agravo Regimental improvido." (AgRg no AREsp nº 475.500/AC, Rel. Ministra ASSUETE MAGALHÃES, DJe 31/10/2014 - grifou-se)

No mais, o recurso especial preencheu os requisitos de admissibilidade.

2. Do plano de saúde coletivo da Volkswagen do Brasil (autogestão para ativos) e da situação dos ex-empregados (plano de inativos)

Extraí-se dos autos que a recorrente instituiu plano de saúde exclusivo para os ex-empregados demitidos e aposentados (Plano VW de Inativos), mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial do plano de origem deles (Plano VW de Ativos), mas com regime de custeio totalmente diverso.

O autor, insatisfeito, ajuizou a demanda pretendendo a manutenção no plano de assistência à saúde "(...) *no mesmo padrão e equivalência de valores em que estava enquanto empregado, assumindo o pagamento integral*" (fl. 8).

Resta definir se é possível, com base na legislação aplicável à Saúde Suplementar, tal divisão de categorias entre ativos e inativos.

De início, impende asseverar que os planos de saúde coletivos podem adotar, quanto ao regime de custeio, a modalidade pré-pagamento, ocasião em que a mensalidade deverá ser paga antes da utilização dos serviços médico-assistenciais, ou a modalidade pós-pagamento, a tornar o valor do prêmio variável, pois dependerá do cálculo das despesas efetuadas pelo usuário com a utilização dos serviços.

Nesse sentido, a seguinte lição de Luiz Celso Dias Lopez:

"(...) (...) vale esclarecer que os produtos podem adotar duas modalidades de formação e pagamento de preço, quais sejam, pré ou pós-pagamento. Nos planos de pré-pagamento o prêmio ou contraprestação pecuniária é paga antes da utilização dos serviços ou das despesas assistenciais; nos planos de pós-pagamento o pagamento do prêmio ou contraprestação pecuniária reflete os valores das despesas assistenciais e que, portanto, é apurada e paga posteriormente e de forma variável. Os produtos de pós-pagamento contemplam o repasse do risco assistencial pelas operadoras aos contratantes, os quais podem repassar em forma de rateio, parte ou a integralidade das despesas assistenciais (plano de pós-pagamento na opção rateio) ou a assunção da integralidade do empregador (plano de pós-pagamento na opção custo operacional)".

(LOPES, Luiz Celso Dias. A garantia de manutenção em planos coletivos empresariais para demitidos e aposentados. In: CARNEIRO, Luiz Augusto Ferreira (org.). Planos de Saúde: aspectos jurídicos e econômicos. Rio de Janeiro: Forense, 2012, pág. 302 - grifou-se)



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

No caso dos autos, a Volkswagen do Brasil (VW) disponibiliza para seus empregados um plano de assistência à saúde de autogestão (RN nº 137/2006 da ANS) na modalidade pós-pagamento.

Assim, nesse plano fechado em particular, o operador (empregador) credencia hospitais, laboratórios de análises clínicas e médicos, entre outros, para prestarem os respectivos serviços para os beneficiários (empregados e dependentes), os quais não pagam nada inicialmente. Após o decurso de um mês, os referidos prestadores de serviço totalizam o valor da respectiva retribuição, a qual é paga pelo próprio operador (empregador). No mês seguinte, ele repassa parte da referida despesa para os beneficiários, cuja contribuição mensal é descontada dos respectivos salários. Além disso, existe também percentual de coparticipação.

Já para os ex-empregados, é disponibilizado plano de assistência à saúde coletivo empresarial, no qual a ex-empregadora não é a operadora, mas, sim, a estipulante. Em tal plano, há as mesmas coberturas assistenciais do plano de ativos, mas a forma de custeio é diversa: pré-pagamento, por faixas etárias, sem coparticipação, de responsabilidade integral pelo beneficiário, com valores, contudo, inferiores aos praticados no mercado.

Feito o retrospecto fático, falta definir se a separação do plano de saúde coletivo em categorias - trabalhadores ativos e trabalhadores inativos - é admissível para fins de atendimento às disposições inscritas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, valendo ressaltar que, quanto aos planos de saúde administrados por entidade de autogestão, a Segunda Seção deste Tribunal Superior afastou a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), visto que não existe relação de consumo entre tal ente e o usuário (vide REsp nº 1.285.483/PB, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, DJe 16/8/2016, e REsp nº 1.644.829/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, DJe 23/2/2017).

Eis a redação dos mencionados dispositivos legais:

"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." (grifou-se)

"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." (grifou-se)



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Extrai-se das aludidas normas que 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 assuma o seu pagamento integral.

Por "*mesmas condições de cobertura assistencial*" deve ser entendida "*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).

Depreende-se, assim, que respeitadas, no mínimo, as mesmas condições de cobertura assistencial de que o inativo gozava quando da vigência do contrato de trabalho, ou seja, havendo a manutenção da qualidade e do conteúdo médico-assistencial da avença, não há direito adquirido a modelo de plano de saúde ou de custeio, contanto que não haja onerosidade excessiva ao usuário ou a discriminação ao idoso (vide REsp nº 1.558.456/SP, Rel. Ministro Marco Buzzi, DJe 22/9/2016, e REsp nº 1.479.420/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 11/9/2015).

Com efeito, a legislação visa proteger a possibilidade de permanência do ex-empregado como beneficiário de plano de saúde em iguais condições assistenciais de que gozava quando estava em atividade, haja vista as dificuldades que encontraria na contratação de plano individual com idade avançada ou sem emprego fixo, somado ao fato de cumprimento de nova carência, entre outros empecilhos, mas isso não significa que a proteção seja necessariamente no mesmo plano de saúde de origem.

A ANS, regulamentando os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, editou a RN nº 279/2011, cujo art. 13 estabelece ser possível que o ex-empregador (i) mantenha os seus ex-empregados - demitidos sem justa causa ou aposentados - no mesmo plano de saúde em que se encontravam antes do encerramento do contrato de trabalho ou (ii) contrate um plano de saúde exclusivo para eles.

Em outras palavras, tal normativo faculta ao ex-empregador manter um plano de saúde para ativos e outro para inativos desde que contenham as mesmas condições de cobertura assistencial.

Assim, caso a empresa opte por contratar plano de saúde único para ativos e inativos, as condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador deverão permanecer as mesmas existentes durante a vigência do contrato de trabalho, devendo o ex-empregado arcar



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

com a sua cota e com o da ex-empregadora (art. 16 da RN nº 279/2011 da ANS).

Aliás, quanto a esta hipótese, esta Corte Superior já decidiu que os valores de contribuição dos ex-empregados poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear (vide REsp nº 531.370/SP, Rel. Ministro Raul Araújo, DJe 6/9/2012, e REsp nº 1.479.420/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 11/9/2015).

Por outro lado, o ex-empregador, como alternativa, poderá contratar planos coletivos empresariais distintos para os empregados ativos e os inativos com a mesma operadora, respeitados alguns requisitos.

De igual modo, se a entidade de autogestão não operar diretamente plano privado de assistência à saúde para os ex-empregados, poderá celebrar contrato coletivo empresarial com outra operadora, como sucedeu no caso sob exame.

Nesse aspecto, confira-se o art. 14 da RN nº 279/2011 da ANS:

"Art. 14. A operadora classificada na modalidade de autogestão que não quiser operar diretamente plano privado de assistência à saúde para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados poderá celebrar contrato coletivo empresarial com outra operadora, sendo facultada a contratação de plano privado de assistência à saúde oferecido por outra operadora de autogestão, desde que observadas as regras previstas na Resolução Normativa – RN nº 137, de 14 de novembro de 2006."

Cumprе frisar que o plano contratado exclusivamente para inativos deverá manter as mesmas condições assistenciais oferecidas pelo plano de saúde dos que continuam empregados. Todavia, nessa hipótese, as condições de reajuste e preço poderão ser diferenciadas.

De fato, nessa situação, a participação financeira dos ex-empregados que forem incluídos em plano privado de assistência à saúde exclusivo para inativos deverá adotar o sistema de pré-pagamento com contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária, vedando-se a contratação com formação de preço pós-estabelecida.

A propósito:

"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 sem justa causa ou aposentados deverá adotar o sistema de pré-pagamento com



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

contraprestação pecuniária diferenciada por faixa etária."

Enfim, como visto, a opção da recorrente por separar as categorias entre ativos e inativos se mostra adequada para dar cumprimento às disposições legais, visto que há garantia ao empregado aposentado ou demitido de manutenção das mesmas condições de assistência à saúde, e, por princípio, em valores de mensalidade abaixo dos praticados no mercado, não havendo obrigatoriedade de que o plano de saúde coletivo seja uno, sobretudo com relação ao regime de custeio.

De qualquer forma, cabe assinalar que o usuário poderá discutir, em outra demanda, eventual abusividade dos valores das mensalidades do plano de inativos, já que é um plano coletivo empresarial, de modo que incidem as normas do CDC. Além disso, ao adotar-se o modelo de custeio pré-pagamento por faixas etárias, poderão ser usados, com as devidas adaptações ao plano coletivo, os parâmetros fixados para os planos de saúde individuais ou familiares no REsp nº 1.568.244/RJ (Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, DJe 19/12/2016), julgado conforme o rito dos recursos repetitivos, sobretudo o item III:

"A Seção, por unanimidade, aprovou, para os efeitos dos artigos 1.038 e 1.039 do CPC/2015, as seguintes teses: 'O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que (i) haja previsão contratual, (ii) sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e (iii) não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso'."

Por fim, a ANS, ao dispor sobre o tema na RN nº 279/2011, não ultrapassou os limites de seu poder normativo; ao contrário, respeitou os limites da lei, conforme prima o princípio da legalidade.

3. Do dispositivo

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para julgar improcedentes os pedidos formulados na inicial, devendo o recorrido arcar com as custas processuais e os honorários advocatícios, estes fixados em 15% sobre o valor da causa, qual seja, 15% sobre R\$ 7.943,04 (sete mil e novecentos e quarenta e três reais e quatro centavos), devidamente atualizado, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC/2015, ressalvada a possibilidade de discussão da abusividade dos valores de mensalidade do plano de inativos em outra demanda.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2017/0043551-5 **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.656.827 / SP**

Números Origem: 10286917620148260564 1028691762014826056490001 20160000174198

PAUTA: 02/05/2017

JULGADO: 02/05/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

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

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **LUIZA CRISTINA FONSECA FRISCHEISEN**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : VOLKSWAGEN DO BRASIL INDÚSTRIA DE VEÍCULOS AUTOMOTORES LTDA
ADVOGADO : ADRIANA MALDONADO DALMAS EULALIO E OUTRO(S) - SP136791
RECORRIDO : RUBENS JULIO DA SILVA
ADVOGADO : JOSÉ REINALDO LEIRA E OUTRO(S) - SP153649

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

CERTIDÃO

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

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

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.