



Número: **0811025-78.2021.8.14.0000**

Classe: **AGRAVO DE INSTRUMENTO**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargadora MARGUI GASPAS BITTENCOURT**

Última distribuição : **27/09/2023**

Valor da causa: **R\$ 18.047,02**

Processo referência: **0844777-11.2021.8.14.0301**

Assuntos: **Prestação de Serviços**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Advogados
UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO (AGRAVANTE)	ARTHUR LAERCIO HOMCI DA COSTA SILVA (ADVOGADO) LUCCA DARWICH MENDES (ADVOGADO) DIOGO DE AZEVEDO TRINDADE (ADVOGADO)
LUIZ AUGUSTO PEREIRA DE SOUZA (AGRAVADO)	NATACHA MONTEIRO DA MOTA (PROCURADOR) NATACHA MONTEIRO DA MOTA (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
27891470	27/06/2025 13:58	Acórdão	Acórdão

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

AGRAVO DE INSTRUMENTO (202) - 0811025-78.2021.8.14.0000

AGRAVANTE: UNIMED DE BELEM COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO

AGRAVADO: LUIZ AUGUSTO PEREIRA DE SOUZA

PROCURADOR: NATACHA MONTEIRO DA MOTA

RELATOR(A): Desembargadora MARGUI GASPAS BITTENCOURT

EMENTA

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. MANUTENÇÃO DE BENEFICIÁRIO INATIVO. ILEGALIDADE DE COBRANÇA DIFERENCIADA. RECURSO NÃO PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Agravo Interno interposto por UNIMED BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO contra decisão monocrática que negou provimento ao Agravo de Instrumento, mantendo decisão da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém. A decisão agravada determinou a manutenção do plano de saúde do autor, LUIZ AUGUSTO PEREIRA DE SOUZA, nos moldes do contrato original firmado com a ex-empregadora, desde que assumido o pagamento integral, aplicando apenas os reajustes legais previstos, sob pena de multa diária.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em determinar se é legal a cobrança de valores diferenciados para aposentados ou ex-empregados sem justa causa em plano de saúde coletivo empresarial, em comparação com os empregados ativos, considerando a garantia de manutenção nas mesmas condições de cobertura assistencial previstas nos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A Lei nº 9.656/1998 assegura ao aposentado ou demitido sem justa causa que tenha contribuído para o plano de saúde o direito de permanecer como beneficiário, desde que assuma integralmente o pagamento, mantidas as mesmas condições de cobertura assistencial da vigência do vínculo empregatício.

4. A Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS, ao permitir tratamento



desigual entre ativos e inativos, extrapola o dever de regulamentação e viola os arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998.

5. O STJ, no julgamento dos Recursos Especiais 1.818.487/SP, 1.816.482/SP e 1.829.862/SP (Tema 1034), fixou que a igualdade entre ativos e inativos deve abranger modelo de pagamento e valor da contribuição, admitindo-se apenas a diferenciação por faixa etária, desde que aplicada a todos.

6. Cobrança de mensalidade superior aos inativos, sem paridade com os ativos, infringe o art. 31 da Lei nº 9.656/1998, conforme entendimento consolidado pelo STJ.

7. O inconformismo da agravante não apresenta elementos novos aptos a infirmar os fundamentos da decisão recorrida, que se mostra alinhada à jurisprudência dominante.

IV. DISPOSITIVO E TESE

8. Recurso desprovido.

Tese de julgamento:

1. O art. 31 da Lei nº 9.656/1998 impõe que ativos e inativos sejam inseridos em plano de saúde coletivo único, com igualdade de condições de cobertura assistencial, modelo de pagamento e valor de contribuição.

2. É ilegal a constituição de plano exclusivo para inativos com valores superiores aos dos ativos, ainda que prevista em resolução da ANS.

3. A Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS não pode restringir direitos assegurados pela Lei nº 9.656/1998.

Dispositivos relevantes citados: Lei nº 9.656/1998, arts. 30 e 31; Resolução Normativa ANS nº 279/2011, arts. 13, II, 17, 18 e 19.

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.818.487/SP, REsp 1.816.482/SP e REsp 1.829.862/SP, Tema 1034, Rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. 09.10.2019; TJPA, Ap. Cív. nº 0725673-98.2016.8.14.0301, Rel. Des. Gleide Pereira de Moura, j. 18.08.2020.

RELATÓRIO

Trata-se de **Agravo Interno em Agravo de instrumento** interposto por **UNIMED DE BELÉM COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, em face da decisão monocrática de minha relatoria (PJe ID nº 17725450), que **conheceu do recurso de Agravo de Instrumento e negou-lhe provimento**, mantendo inalterada a decisão proferida pelo Juízo da 2ª Vara Cível e Empresarial da Comarca de Belém que – nos autos de ação de obrigação de fazer c/c danos morais e materiais com pedido de tutela de urgência (nº 0844777-11.2021.8.14.0301), em que litiga com **LUIZ AUGUSTO PEREIRA DE SOUZA** – deferiu o pedido de tutela de urgência para que a demandada/agravante dê



continuidade ao plano de saúde contratado nos moldes do contrato antigo, desde que o autor assumo o pagamento integral, aplicando-se apenas os reajustes legais já previstos no contrato original formalizado com a ex-empregadora do Autor, sob pena de aplicação de multa diária no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais), para a hipótese de descumprimento da decisão, até o limite de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais).

Em suas razões (PJe ID nº 18111703), sustenta a Recorrente, em síntese:

“(…) Com relação a probabilidade do direito, conforme os fundamentos elencados no recurso de Agravo de Instrumento, evidente que, tendo em vista que é beneficiário de plano de saúde regulamentado pela Lei nº 9.656/1998, é submetida às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, sendo evidente que a permanência em um plano privado de assistência à saúde, neste caso, não se assemelha ao plano destinado aos funcionários ativos. O plano disponibilizado para os ex-empregados mantém a mesma segmentação e cobertura, além de preservar a rede assistencial, o padrão de acomodação em internação, a área geográfica de abrangência e, se aplicável, o fator moderador, todos presentes no plano destinado aos empregados ativos. Contudo, vale ressaltar que as condições de reajuste e os preços associados são distintos daqueles praticados no plano privado de assistência à saúde destinado aos empregados ativos., de modo que a probabilidade do direito em favor da agravante é de inegável incidência no caso em concreto.

Com efeito, a parte adversa encontrava-se vinculada ao contrato celebrado entre a empresa CASA GRANADO LABORATORIOS FARMACIAS E DROGARIAS S/A - CASA GRANADO e UNIMED BELÉM, plano de saúde que é regulamentado pela Lei 9.656/1998 e está sujeito às regras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. No caso em questão, trata-se de um contrato coletivo empresarial, o qual possui um plano específico destinado aos exfuncionários, atendendo às disposições previstas na Resolução Normativa nº 279/2011 da ANS. Portanto, as relações entre as partes devem ser analisadas à luz dessas normas e regulamentações que regem os contratos coletivos empresariais. Durante todo o trâmite processual, foi devidamente evidenciado que a disposição legal e contratual estipulando que o plano adquirido pelo empregado desligado da empresa ou aposentado deve manter as "mesmas condições de cobertura assistencial" não implica necessariamente a manutenção do mesmo "valor da mensalidade" do plano. Tais são circunstâncias distintas e não estão diretamente correlacionadas, permitindo ao plano de saúde a prerrogativa de aplicar diferentes valores.

O ponto central da controvérsia em questão reside no entendimento do termo "mesmas condições de cobertura assistencial", o qual não pode ser confundido com o "preço da mensalidade".

Assim, a parte adversa busca induzir o Juízo a equívoco ao alegar que o conceito de "mesmas condições de cobertura assistencial" abrange também os valores pagos como contraprestação durante o período em que era funcionário ativo da empresa.

a Agravada foi removido do plano de saúde ao ser demitida sem justa causa (CASA GRANADO) e, posteriormente, se aposentou. Nesse



momento, optou pela manutenção no plano de saúde destinado aos funcionários inativos, como evidenciado nos documentos já apresentados nos autos. Dessa forma, aplicam-se as disposições do art. 19 da RN 279/2011-ANS, o qual, a fim de elucidar completamente a questão, reproduziremos abaixo: 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.

Dessa forma, com base nas normas que regulamentam o setor e no contrato firmado entre as partes, é possível constatar que não há, em momento algum, qualquer ilegalidade na cobrança de preços e reajustes diferenciados entre os planos de saúde coletivo empresarial de funcionários ativos e inativos”.

Nesses termos, postula:

“Por todo o exposto, espera o agravante seja conhecido e provido o presente AGRAVO INTERNO, para reconsiderar a decisão monocrática recorrida e, caso assim não entenda, que determine a colocação do feito em mesa, independentemente de revisão e inscrição, para efeito de julgamento, observadas as formalidades legais”.

Não foram apresentadas contrarrazões ao Agravo interno.

É o relatório do necessário.

Inclua-se em pauta de julgamento do Plenário Virtual.

Belém, data registrada no sistema.

Desa. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

Relatora

VOTO

Preenchido os requisitos de admissibilidade. **Conheço** do recurso.

Não vislumbro razões aptas a infirmar a Decisão Monocrática agravada, uma vez que além de estar devidamente fundamentada, apresenta-se em sintonia com a jurisprudência pátria, não tendo a Agravante invocado argumentos suficientes para alterar



a situação fático-jurídica que ensejou o não provimento do recurso.

Para melhor juízo sobre o Agravo Interno em julgamento, transcrevo o seguinte excerto da decisão agravada:

“Como é sabido, 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 da mensalidade, conforme previsto nos artigos 30 e 31 da Lei n° 9.656/1998:

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.

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.

Com efeito, os contratos de natureza coletiva, os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998, garantem ao consumidor aposentado a manutenção de sua qualidade de beneficiário de plano de saúde, mantidas as mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho. A distinção entre empregados ativos e inativos não têm respaldo na Lei 9.656/1998, mas nos artigos 13, incisos II, 17, 18 e 19 da Resolução Normativa 279/2001 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ementa da Resolução Normativa n° 279/2001 preceitua que o objetivo da resolução é regulamentar os arts. 30 e 31, da Lei 9.656/1998. Ocorre que as normas que autorizam a estipulação de reajustes de forma distinta entre ativos e inativos extrapolam indevidamente os preceitos legais objeto de regulamentação.

Os artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998 não autorizam tratamento diferenciado entre beneficiários aposentados e beneficiários ativos. A Resolução Normativa 279/2011 da ANS, que regulamenta os arts. 30 e 31 da Lei 9.565/1998, não pode criar regime menos favorável àquele determinado na lei.

Com efeito, ressoa solar que as disposições dos artigos 13, inciso II, 17, 18 e 19 da Resolução Normativa 279/2001 da ANS são ilegais, por extrapolarem de forma indevida o dever de regulamentar os dispostos nos artigos 30 e 31 da Lei 9.656/1998.

Nesse sentido, o Superior Tribunal de Justiça afetou os Recursos Especiais 1.818487/SP, 1.816.482/SP e 1.829.862/SP ao rito dos recursos repetitivos (Tema 1.034) para firmar precedente qualificado acerca das condições assistenciais e de custeio do plano de saúde que devem ser mantidas a beneficiários inativos, nos termos do art. 31 da Lei 9.656/1998. Fixou que essas condições dizem respeito (1) ao tempo de permanência no plano, se por prazo determinado ou indeterminado; (2) aos direitos assistenciais a que terá direito o ex-empregado e seus dependentes; e, (3) aos encargos



financeiros que serão suportados pelo ex-empregado.

Ao julgar os Recursos Especiais Repetitivos 1.818.487/SP, 1.816.482/SP e 1.829.862/SP (Tema 1.034) o Superior Tribunal de Justiça fixou que as 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 dez (10) anos, necessário à aquisição pelo ex-empregado aposentado do direito de permanecer no plano por tempo indeterminado, nos termos do art. 31, § 1º, da Lei 9.656/1998.

O Superior Tribunal de Justiça firmou que caso o inativo pudesse ser compelido a pagar mensalidades muito superiores às exigidas dos trabalhadores ativos, não se estaria diante da mesma cobertura, conforme exige o art. 31 da Lei 9.656/1998, tornando o dispositivo legal ineficaz, desprezando a teleologia que motivou a edição da norma. Assim, o Superior Tribunal de Justiça declarou a ilegalidade das disposições contidas nos arts. 13, inc. II, 17, 18 e 19 da Resolução Normativa 279/2001 da ANS, pois, ao autorizarem a constituição de um plano de saúde específico para os inativos, com valores superiores àqueles desembolsados pelos empregados da ativa, contrariam a norma do art. 31 da Lei 9.656/1998.

Ilustrativamente, colaciono as aludidas teses firmadas pela Corte Cidadã, em regime de recursos repetitivos, ao julgar os Recursos Especiais Repetitivos nº 1.818.487/SP, 1.816.482/SP e 1.829.862/SP, para o Tema 1034: “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, com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências.** 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” [grifo nosso]. Corroborando a mesma ratio decidendi ora exposta, cito julgados da jurisprudência pátria e desta e. Corte, verbis: “PLANO DE SAÚDE. Manutenção de funcionário inativo no plano de saúde coletivo empresarial. Art. 31, da Lei nº 9.656/98. Contratação de plano de saúde exclusivo para inativos. Ilegalidade. Direito a ser mantido no mesmo plano oferecido aos funcionários da ativa, mediante pagamento do valor integral da mensalidade. Resolução Normativa nº 279 da ANS que não pode afastar disposição contida na lei. Precedentes da Câmara. Tese fixada no



juízo do Recurso Especial Repetitivo n.º 1.818.487/SP. Tema 1034, STJ. Sentença mantida. Honorários advocatícios majorados. Recurso não provido, com observação”. (TJSP - AC: 10127178020178260309 SP 1012717-80.2017.8.26.0309, Relator: Fernanda Gomes Camacho, Data de Julgamento: 04/03/2021, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 04/03/2021). “APELAÇÃO CÍVEL. CIVIL. AÇÃO REVISIONAL CUMULADA COM REPETIÇÃO DE INDEBITO. PLANO DE SAÚDE. APOSENTADO. DISTINÇÃO DE REAJUSTE. ATIVO E INATIVO. VEDAÇÃO. RESTITUIÇÃO. RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. TEMA 1034/STJ. PRESCRIÇÃO TRIENAL 1. É assegurado ao aposentado 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 (arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98). 2. São nulas as cláusulas contratuais que reajustam as prestações do plano de saúde com distinção de índices praticados entre os empregados ativos e inativos. 3. “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.” (REsp. Repetitivo 1818487/SP - Tema 1034). 4. É devida a restituição dos valores pagos a maior, de forma simples, observado o lapso prescricional trienal (art. 206, § 3º, IV do Código Civil e REsp Repetitivos 1360969/RS e 1361182/RS). 5. Apelação conhecida e não provida”. (TJDFT. Acórdão 1354390, 07224574920198070001, Relator: Robson Teixeira de Freitas, 8ª Turma Cível, data de julgamento: 8/7/2021, publicado no DJE: 20/7/2021. Pág.: Sem Página Cadastrada.) “APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. MANUTENÇÃO DE PLANO PARA EX-EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. CONTEÚDO PROBATÓRIO DEMONSTRA A OBRIGAÇÃO DA APELANTE EM FORNECER AS MESMAS CONDIÇÕES DE PLANO AO APELADO. RECURSO CONHECIDO E DESPROVIDO. I - No caso em tela, o Juiz a Quo julgou procedente o pedido inicial do ora apelante. Dessa maneira, reconheceu da obrigatoriedade da manutenção do plano de saúde, em favor do ex-empregado, nos mesmos termos antes pactuado. E ainda condenou o plano de saúde ao pagamento de indenização por dano moral, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). II – Em sede recursal, aduz a apelante pela impossibilidade da manutenção do plano de saúde nas mesmas condições, de quando o autor-apelado tinha vínculo empregatício III – O STJ, em sede de recurso repetitivo (RESP. N. 1680318/SP), firmou entendimento de que o direito à manutenção no plano de saúde empresarial do ex-empregado, demitido ou aposentado, está condicionado à existência de contribuição do beneficiário para o prêmio mensal ou quando há tal previsão em contrato. IV – No presente caso havia a contribuição mensal do empregado para o plano de saúde e ainda havia previsão contratual consentindo com a manutenção do plano, no caso de demissão. V - Assim, deve-se permanecer a obrigação firmada entre a empregadora e administradora de planos de saúde, possibilitando ao apelado a manutenção do plano sob as mesmas condições anteriores, passando este a assumir a parte antes



adimplida pela instituição onde trabalhava. VI – Pertinente a indenização por danos morais, visto que a apelada recusou-se a manter o plano de saúde sob as mesmas condições, contrariando, assim, entendimento jurisprudencial e a previsão contratual, expondo o ex-empregado a sofrimento psicológico, restando evidenciado que este possuía doença crônica. VII - Recurso conhecido e desprovido”. (TJPA – APELAÇÃO CÍVEL – Nº 0725673-98.2016.8.14.0301 – Relator(a): GLEIDE PEREIRA DE MOURA – 2ª Turma de Direito Privado – Julgado em 18/08/2020). “AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. PLANO EMPRESARIAL. EXONERAÇÃO SEM JUSTA CAUSA. DIREITO DE MANUTENÇÃO DAS MESMAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E VALORES DE CONTRIBUIÇÃO. INTERPRETAÇÃO DO ART. 30 DA LEI 9.656/98. JURISPRUDÊNCIA DO STJ CÂMINKHA NO SENTIDO DE QUE É ASSEGURADO 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 (AgInt no AREsp 1339578/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 13/12/2018, DJe 01/02/2019). DECISÃO MANTIDA. RECURSO CONHECIDO E IMPROVIDO”. (TJPA – AGRAVO DE INSTRUMENTO – Nº 0804588-55.2020.8.14.0000 – Relator(a): CONSTANTINO AUGUSTO GUERREIRO – 1ª Turma de Direito Privado – Julgado em 07/06/2021).

Por oportuno, salutar transcrever o seguinte excerto do parecer ministerial, o qual adoto como razão de decidir:

“Dessa forma, tem-se a obrigatoriedade de oferecimento de um tratamento igualitário e paritário entre funcionários ativos e inativos, na medida em que esses últimos ostentam o direito de desfrutar das mesmas condições que exerciam na fase ativa, uma vez que a norma de regência não distingue o empregado ativo do inativo a permitir custos e reajustes diferenciados. No caso do Autor, observa-se que deve ser aplicada a tese da alínea “b”, uma vez que o acervo probatório documental trazido aos autos revela que não houve o oferecimento de um tratamento igualitário e paritário entre funcionários ativos e inativos, portanto, demonstrando que a Ré infringiu o artigo 31 da Lei Federal 9.656/98. In casu, relatou o Agravado que, enquanto funcionário na ativa, pagava o valor de R\$-279,14 (duzentos e setenta e nove reais e quatorze centavos) e, após rescisão contratual, lhe foi negado pela operadora a permanência no plano anterior, sendo o Recorrido induzido a contratar plano individual com mensalidade no valor de R\$-809,18 (oitocentos e nove reais e dezoito centavos). Compulsando os autos, nota-se que, nas Cláusulas I e II do Contrato do Plano de Saúde, as tabelas exibem o valor mensal por faixa etária, demonstrando um tratamento diferenciado aos funcionários ativos e os ex-empregados demitidos (Núm. 6660719 – Pág. 1/2). Portanto, é possível perceber que na transição do plano de saúde coletivo empresarial realizada ao Autor, quando de sua aposentadoria e desligamento sem justa causa, não foram respeitadas as exigências indicadas no recurso repetitivo”. Destaquei”.



Da leitura do excerto acima, ficam evidentes os fundamentos que levaram ao não provimento do recurso, sobretudo considerando as teses firmadas pela Corte Cidadã, em regime de recursos repetitivos, ao julgar os Recursos Especiais Repetitivos nº 1.818.487/SP, 1.816.482/SP e 1.829.862/SP, para o Tema 1034, dentre as quais destaco: **“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, com o modelo dos trabalhadores ativos e facultada a portabilidade de carências”.**

Nessa senda, oportuno destacar que o objetivo da ora Agravante nada mais é do que o manifesto inconformismo com o *decisum* prolatado em seu desfavor, **não vislumbrando motivos para modificar o meu entendimento anteriormente exposto.**

Desse modo, **de rigor a manutenção da decisão recorrida.**

Ante todas as considerações, **conheço** do Agravo Interno, porém, no mérito, **nego-lhe provimento**, para manter *in totum* a decisão agravada.

É como voto.

Belém, data registrada no sistema.

Desa. MARGUI GASPAR BITTENCOURT

Relatora

Belém, 26/06/2025

