

RECURSO ESPECIAL Nº 1.786.372 - SP (2018/0329292-7)

RELATOR : **MINISTRO RAUL ARAÚJO**
RECORRENTE : FORD MOTOR COMPANY BRASIL LTDA
ADVOGADOS : ALEXANDRE DE ALMEIDA CARDOSO E OUTRO(S) - SP149394
FERNANDA BIANCO PIMENTEL - SP167810
ANDRESSA KHRISTIAN SILVA - SP350237
RECORRIDO : JOSE LUIZ CADENGUE
ADVOGADOS : MARA DE OLIVEIRA BRANT E OUTRO(S) - SP260525
SIMONE APARIZI GIMENES - SP259910
INTERES. : BRADESCO SAUDE S/A
ADVOGADOS : SERGIO BERMUDES E OUTRO(S) - RJ017587
ALESSANDRA MARQUES MARTINI - SP270825

DECISÃO

Trata-se de recurso especial interposto por FORD MOTOR COMPANY, com fundamento nas alíneas *a* e *c* do permissivo constitucional, contra acórdão, proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, assim ementado:

CONTRARRAZÕES - Ilegitimidade passiva - Descabimento - Beneficiário de plano de saúde coletivo que tem legitimidade para ajuizar ação em face da operadora do serviço - Inteligência da Súmula 101 deste Egrégio Tribunal - Preliminar afastada.

CERCEAMENTO DE DEFESA

Inadmissibilidade - Elementos suficientes para o convencimento do juiz - Desnecessidade de prova documental - Preliminar rejeitada.

OBRIGAÇÃO DE FAZER - Plano de saúde - Manutenção em plano de saúde coletivo - Improcedência do pedido - Inconformismo do autor - Acolhimento parcial - Autor aposentado que pretende ser mantido com suas dependentes no seguro saúde ao qual aderiu em razão do vínculo empregatício - Legislação em vigor que determina a manutenção do aposentado no plano de saúde, após dez anos de contribuição, nas mesmas condições de que gozava na vigência do contrato de trabalho, desde que assuma a integralidade das prestações mensais - Inteligência do art. 31 da Lei nº 9.656/98 - Termo de opção no qual o autor apenas requereu a continuidade do contrato para si e para a esposa - Omissão, na petição inicial, do fato de ter concordado com o cancelamento do plano para a filha - Impossibilidade de inclusão - Valor da mensalidade a ser apurado na fase de liquidação - Autor que decaiu de parte mínima do pedido - Sentença parcialmente reformada para determinar a manutenção do autor e de uma dependente no contrato de saúde, cabendo a apuração do valor da mensalidade na fase de liquidação.

Preliminares rejeitadas e recurso provido em parte.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados.

No recurso especial, a parte recorrente aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos arts. 141, 371, 374, III, 408 e 489, II e 492, do CPC/2015; 421 e 422 do CC; e, 31 da Lei nº 9.656/1998.

Sustenta, em síntese:

i) negativa de prestação jurisdicional por obscuridade e omissões por parte do Tribunal de origem quanto aos seguintes pontos elencados nos embargos declaratórios:

obsuro ao determinar a apuração do valor em liquidação do julgado, visto que os documentos carreados autos são hábeis e precisos a comprovar o real pagamento a ser suportado pelo embargado, não havendo necessidade de dilação probatória documental ou pericial;

omissão, quanto aos elementos de prova dos autos, nos quais estão consignados os valores apresentados ao embargado, que representam o custeio integral determinado pelo artigo 31 da Lei 9.656/98, como também se coadunam com os valores praticados no mercado, o que se requer à luz do disposto nos artigos 371, 373, I e II, 374, III e 408 do NCPC;

obsuro o v. acórdão, uma vez que o contrato estabelecido entre a embargante e a Bradesco, no qual consta tabela de valores por faixa etária referente ao ano de 2011, restou devidamente autorizada pela ANS;

omisso o v. acórdão acerca do contrato firmado entre a FORD e a Bradesco Saúde, bem como conforme a apólice do seguro de saúde da Bradesco foram previstos a incidência de reajustes anuais no aniversário da apólice e de acordo com a faixa etária, em consonância com os preceitos aplicados pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), pelo que requer seja sanada;

omisso o v. acórdão no que se refere ao critério utilizado para apuração do valor integral, na medida em que o plano de saúde ofertado pela Bradesco Saúde S/A é regulado através da modalidade de pré-pagamento, ou seja, o valor da mensalidade, denominado prêmio, é previamente calculado e ajustado com a empresa estipulante do seguro, sofrendo um reajuste anual, não havendo relação direta com o número de utilizações (sinistros) ou o número de beneficiários (empregados segurados);

omissa com relação aos termos da Resolução Normativa n.º 279, da ANS, notadamente, artigos 15 e 16, os quais determinam a possibilidade de estipulação de preço único por faixa etária, bem como, ao término do contrato, a obrigatoriedade de observância das "condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato" com "as devidas atualizações"

ii) a legislação condiciona a manutenção do ex-empregado no plano de saúde ao pagamento do valor integral.

Contrarrazões apresentadas.

Admitido o recurso na origem, subiram os autos.

É o relatório. Passo a decidir.

Cumprе salientar que o recurso foi interposto já na vigência do CPC/2015, de maneira que incide, na espécie, o Enunciado 3 do Plenário do STJ: *"Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC."*

Inicialmente, não há falar em violação do artigo 489, II, do Código de Processo Civil, haja vista que a ofensa somente ocorre quando o acórdão deixa de pronunciar-se sobre questão jurídica ou fato relevante para o julgamento da causa. A finalidade dos embargos de declaração é complementar o acórdão quando nele identificar omissão, ou, ainda, aclará-lo, dissipando obscuridade ou contradição.

No presente caso, embora rejeitados os embargos de declaração, todas as matérias foram devidamente enfrentada pelo Tribunal de origem, que emitiu pronunciamento de forma fundamentada, ainda que em sentido contrário à pretensão da parte recorrente.

Assim, não há falar, no caso, em negativa de prestação jurisdicional. A Câmara Julgadora apreciou as questões deduzidas, decidindo de forma clara e conforme sua convicção com base nos elementos de prova que entendeu pertinentes. No entanto, se a decisão não correspondeu à expectativa da parte, não deve por isso ser imputado vício ao julgado.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. AÇÃO RESCISÓRIA. INDENIZAÇÃO POR BENFEITORIAS. IMÓVEL RURAL. 1. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC/1973 (1.022 do CPC/2015). INEXISTÊNCIA. 2. CONCLUSÃO DO ACÓRDÃO RECORRIDO DE QUE O RECORRENTE ERA POSSUIDOR DE MÁ-FÉ. BENFEITORIAS ÚTEIS E NÃO NECESSÁRIAS NÃO INDENIZÁVEIS. REVISÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. 3. AGRAVO IMPROVIDO.

1. De acordo com o entendimento jurisprudencial pacífico desta

Corte Superior, não há violação do art. 1.022 do CPC/2015 nos casos em que o acórdão recorrido resolve com coerência e clareza os pontos controvertidos que foram postos à apreciação da Corte de origem, examinando as questões cruciais ao resultado do julgamento.

2. Revela-se inviável alterar o entendimento das instâncias ordinárias que, com apoio nos elementos de prova, concluíram pela inexistência de elementos capazes de desconstituir o acórdão rescindendo. Para tanto, foram considerados a existência de má-fé na posse do agravante e o fato de que as benfeitorias realizadas na área rural são úteis e não necessárias sendo, portanto, incabível a indenização pleiteada, ante o óbice da Súmula 7 do STJ.

3. Agravo interno a que se nega provimento. (AgInt no REsp 1608804/MT, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 20/10/2016, DJe 27/10/2016).

AGRAVO INTERNO. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA. IMPOSSIBILIDADE DE CONFERIR EFEITOS INFRINGENTES AOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO QUANDO HOVER MODIFICAÇÃO JURISPRUDENCIAL. ENTENDIMENTO DA CORTE ESPECIAL CONSAGRADO NO CPC/2015. RECURSO IMPROVIDO.

1. Segundo o artigo 535 do CPC/1973 e o artigo 1.022 do CPC/2015, os embargos de declaração somente são cabíveis quando houver, na sentença ou no acórdão, obscuridade, contradição, omissão ou erro material.

2. Eventuais efeitos modificativos provenientes do julgamento dos aclaratórios apenas ocorrerão se a correção de omissão, obscuridade, contradição ou erro material acarretar transformação significativa no decisum embargado, ou, se houver manifesta decisão teratológica.

Precedentes.

3. Conforme entendimento consolidado por esta Corte Especial, ***não é possível atribuir efeitos infringentes aos embargos declaratórios em virtude de mudança jurisprudencial, exceto quando houver omissão proveniente de julgamento anterior de recurso especial repetitivo sobre o tema decidido. Precedentes.***

4. O novel Código de Processo Civil de 2015 chancela a posição jurisprudencial acima transcrita no inciso I do parágrafo único do artigo 1.022, considerando omissão a inexistência de manifestação no acórdão embargado sobre tese firmada em julgamento de casos repetitivos.

5. Agravo interno improvido. (AgInt nos EAg 1014027/RJ, Rel. Ministro JORGE MUSSI, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/10/2016, DJe 26/10/2016).

a suposta negativa de prestação jurisdicional não prospera, pois as questões submetidas à apreciação do Tribunal *a quo* foram suficiente e adequadamente apreciadas, com abordagem integral dos temas e fundamentação compatível à demanda.

Sobre o tema de fundo, esta Corte pacificou o entendimento de que é assegurado ao aposentado o direito de permanecer como beneficiário de contrato de plano de saúde formalizado em decorrência de vínculo empregatício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da aposentadoria, desde que tenha contribuído, ainda que indiretamente, por no mínimo dez anos e assuma o pagamento integral da contribuição.

Sobre o tema, confirmam-se estes precedentes:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. EMPREGADO APOSENTADO. MANUTENÇÃO NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA. CONTRIBUIÇÃO INDIRETA. VALIDADE. ART. 458, § 2º, IV, da CLT. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. 1. A jurisprudência desta Corte Superior é firme ao garantir para o empregado aposentado o direito de permanecer como beneficiário de contrato de plano de saúde formalizado na vigência do contrato de trabalho, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da aposentadoria, desde que tenha contribuído, ainda que indiretamente, por, no mínimo, 10 (dez) anos e assuma o pagamento integral da contribuição. 2. Ausente o prequestionamento, até mesmo de modo implícito, do art. 458, § 2º, IV, da CLT, incide o disposto na Súmula nº 282/STF. 3. Agravo interno não provido. (AgInt no REsp n. 1.581.387/SP, Relator o Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe 7/6/2016.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CONHECIMENTO DO RECURSO NOS LIMITES EM QUE IMPUGNADA A DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. ART. 31 DA LEI 9.656/98. APOSENTADO. MANUTENÇÃO NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA EXISTENTES QUANDO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO. 1. Assegura-se ao aposentado o direito de permanecer como beneficiário de contrato de plano de saúde formalizado em decorrência de vínculo empregatício, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava antes da aposentadoria, desde que tenha contribuído, ainda que indiretamente, por no mínimo dez anos e assuma o pagamento integral da contribuição. 2. Agravo interno parcialmente conhecido e, nessa parte, improvido. (AgRg no AREsp n. 452.709/SP, Relator o Ministro Raul Araújo, DJe de 4/11/2015.)

Na hipótese dos autos, o Tribunal local entendeu que o ora recorrido, ex-empregado da recorrente e aposentado, tem direito de permanecer no plano de saúde coletivo da empregadora, nas mesmas condições dos funcionários ativos, desde que assuma o pagamento integral da contribuição. Confira-se trecho do julgado (fls.577-579):

Com efeito, o art. 31 da Lei 9.656/98 é claro ao estabelecer: "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". Ou seja, tal dispositivo legal garante ao segurado aposentado a possibilidade de manutenção do contrato nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que ele assuma o pagamento integral do prêmio e preencha as exigências temporais.

No caso dos autos, o autor preenche todos os requisitos necessários, pois trabalhou na empresa Ford Motor no período de 8/3/1993 a 22/7/2015 (v. fls. 31), tendo mantido a relação de trabalho mesmo após a aposentadoria ocorrida em 18/6/2015 (v. fls. 26), não restando dúvidas de que faz jus ao benefício estabelecido na citada lei.

O sentido teleológico de tal dispositivo legal é evitar a abrupta interrupção dos serviços antes prestados na contratação coletiva e prolongar a obrigação contratual da operadora de saúde.

Na espécie, ao assinar o PDV - Programa de Demissão Voluntária, o autor optou por manter o plano de saúde contratado com o Bradesco Saúde para si e para uma dependente, Maria Izabel de Siqueira Cadengue (v. fls. 29/30), ou seja, anuiu com o cancelamento do plano que beneficiava a filha Camila Cadengue. E na petição inicial o recorrente não menciona, em nenhum momento, que abriu mão do plano de saúde em benefício da filha, nem justifica os motivos que o levaram a fazê-lo, limitando-se a requerer a manutenção do contrato para si e para sua mulher, e a inclusão da filha Camila.

Logo, se ao assinar o termo de opção de continuidade do plano de saúde o autor pretendeu mantê-lo apenas para si e para a mulher, deixando de incluir também a filha Camila, e na petição inicial não fez nenhuma menção a respeito, omitindo tal informação, impõe-se reconhecer o descabimento do pedido de inclusão dela contrato.

Por outro lado, não prospera o pedido da inicial de fixação do prêmio no mesmo valor pago por ex-empregados inativados em 2009 e 2010, porque o autor se aposentou e foi desligado da empresa no ano de 2015, já na vigência do plano de saúde contratado com o Bradesco, não se justificando a equiparação com os ex-empregados que mantiveram o plano com a

Mediservice.

É dizer, para o recorrente permanecer no plano nas mesmas condições de atendimento deverá, nos termos do art. 31 da Lei nº 9.656/98, arcar com o pagamento integral, que inclui os valores despendidos pela ex-empregadora-corré e não apenas o valor que era descontado da folha de pagamento quando empregado, tampouco os valores apontados na inicial que são cobrados de terceiros.

Ademais, é importante a apuração do valor da mensalidade no mês do afastamento do autor, sendo irrelevante a apuração do valor pago por ex-empregados demitidos muitos anos antes.

Assim, para a apuração do valor da mensalidade devida pelo beneficiário e sua dependente, mostra-se razoável a utilização do critério adotado por este Egrégio Tribunal de Justiça em casos análogos:

[...]

*Apelações e agravo retido. Plano de saúde coletivo. A Lei 9.656/98, arts. 30 e 31, garante ao aposentado a manutenção do plano de saúde coletivo de que gozava, com as mesmas condições de assistência médica, mediante o pagamento do mesmo preço mensal, desde que o assuma integralmente, pagando o que já suportava quando na ativa, mais a parcela com que arcava a empregadora. **Consolidada jurisprudência do STJ a respeito.** Valores custeados pela empregadora que devem ser comprovados em fase de liquidação de sentença com base na média dos últimos 12 meses anteriores ao desligamento do funcionário. Ilegitimidade passiva não caracterizada. Sentença mantida, nos termos do art. 252 do RITJSP. Recurso do autor provido em parte. Desprovidos os recursos das demandadas. Prejudicada a análise do agravo retido" (Apelação nº 0004700-59.2012.8.26.0564, 10ª Câmara de Direito Privado, Rei. César Ciampolini, j. 3/12/2013).*

Ou seja, é necessária a apuração do valor do prêmio em liquidação, mediante rateio do custo mensal da cobertura de todos os beneficiários, exigindo-se das requeridas a informação sobre o valor pro rata correspondente à média do rateio dos últimos 12 meses, acrescentando-se a este resultado a importância que era descontada do pagamento do autor e atentando-se, ainda, para a existência de uma dependente.

Cabe acrescentar que obrigar o autor a efetuar o pagamento das mensalidades em valor demasiadamente alto, fora do seu alcance financeiro, é o mesmo que negar-lhe a continuidade.

Em suma, a r. sentença apelada deve ser parcialmente reformada para julgar parcialmente procedente o pedido e determinar a apuração do valor da mensalidade do plano de saúde do autor em liquidação.

Portanto, observa-se que o entendimento exarado pelo acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência desta Corte. Aplica-se, portanto, a Súmula 83/STJ, por ambas as alíneas autorizadoras.

Diante do exposto, nego provimento ao recurso especial.

Com supedâneo no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, majoro os honorários advocatícios devidos ao recorrido de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) para 2.750,00 (dois mil, setecentos e cinquenta reais).

Publique-se.

Brasília-DF, 04 de fevereiro de 2019.

Ministro **RAUL ARAÚJO**
Relator

