



## STJ fixa teses sobre cobertura e custeio do plano de saúde coletivo para ex-empregados

A Lei nº 9.656/1998, que regulamenta os Planos de Saúde Coletivos, determina que ex-empregados tem a garantia de manter a sua condição de beneficiário do plano de saúde coletivo oferecido pelo empregador, nas mesmas condições de cobertura assistencial que usufruía na vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral e que cumpra alguns requisitos.

A Lei dispõe um prazo mínimo de 10 anos de contribuição para o plano para o ex-empregado aposentado. No caso de a contribuição ter sido realizada em período menor que 10 anos, o aposentado terá direito a manter o plano à razão de 1 ano para cada ano de contribuição.

No dia 27.4.2021, a Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (“STJ”) firmou três teses de permanência do ex-empregado no plano de saúde coletivo que foram reunidas no Tema 1034. Pelo menos 1.729 ações estavam suspensas aguardando a definição de precedente, e agora poderão ser resolvidas com as três teses fixadas.

O caso discutido envolveu a ação movida por um ex-empregado aposentado que buscava pagar o mesmo valor que lhe era descontado à época em que seu contrato estava vigente, eis que a sua empregadora concedia plano de autogestão até 2016, quando contratou plano de saúde coletivo que passou a utilizar a faixa etária do beneficiário para o cálculo da mensalidade apenas para o plano inativo. Em março de 2017, o ex-empregado aposentou-se e foi dispensado sem justa causa em abril de 2017.

O STJ definiu que as condições assistenciais e de custeio do plano de saúde para os aposentados dizem respeito ao: (i) tempo de permanência no plano; (ii) direitos assistenciais que terão os aposentados e seus dependentes; e (iii) encargos financeiros a serem suportados pelo aposentado.

Assim, a **primeira tese** que se definiu foi de como se contaria o prazo mínimo de 10 anos para o aposentado. De acordo com o STJ, o período de contribuição ao plano não diz respeito a uma operadora determinada e nem a alguma modalidade de prestação de serviço, que podem ser substituídas sempre que necessário, pela viabilidade do plano de saúde a ser mantido pelo ex-empregador. Ou seja, o prazo de 10 anos não é interrompido ou afetado pela mudança de operadora do plano de saúde, devendo se somar os períodos contributivos para fins de cálculo da manutenção proporcional ou total do aposentado ao plano de saúde.

A **segunda tese** é de que os 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 a

igualdade de modelo de pagamento do valor de contribuição, para todos os beneficiários, 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.

A justificativa é de que a simetria só é efetiva quando a forma, o modelo e o valor do custeio são os mesmos para o universo de beneficiários ativos e inativos, observadas as distinções próprias do plano, em especial as faixas etárias. Se o aposentado for obrigado a pagar mensalidades muito maiores do que os empregados ativos pagam, o aposentado será forçado a procurar alternativa no mercado. Além disso, tornaria ineficaz a obrigatoriedade de ter período mínimo de 10 anos que faz parte do cálculo feito para o equilíbrio atuarial do plano. E mais, afeta o mutualismo decorrente das contribuições dos ativos, no sentido de que os jovens demandam menos recursos do sistema, enquanto os mais velhos, passado o prazo mínimo de 10 anos, passam a ter o direito de usufruir do benefício, como se estivesse ativo.

Por fim, a **terceira tese** fixada é a de que o aposentado não tem direito adquirido à manutenção do plano de saúde coletivo e suas condições contratuais em vigor no momento da aposentadoria. A possibilidade de alteração da operadora do plano de saúde, do modelo da prestação de serviços, da forma de custeio e dos valores que devem ser recolhidos pelos beneficiários ao longo do tempo é um mecanismo essencial para manter a viabilidade do plano, especialmente por causa das incertezas econômicas e do mercado, das condições financeiras do empregador e do possível aumento de sinistralidade. Se não puder realizar a alteração, a operadora pode rescindir unilateralmente o contrato com o empregador. Na linha da segunda tese fixada, se o valor de contribuição do plano se altera para os ativos, também se alterará para os inativos. Também se manteve a faculdade de realizar a portabilidade de carências.

A íntegra das três teses firmadas pode ser obtida no [site](#) do STJ, consultando pelo Tema 1034.

---

O **LIDA** é um Boletim informativo desenvolvido mensalmente pelos integrantes da Área Trabalhista de CSMV Advogados

**Sócia da Área Trabalhista:** Thereza Cristina Carneiro

---

**Participaram da elaboração desta edição:**



Thereza Cristina Carneiro  
([tcarneiro@csmv.com.br](mailto:tcarneiro@csmv.com.br))



Ariane Byun  
([abyun@csmv.com.br](mailto:abyun@csmv.com.br))