



ACÓRDÃO
3ª Turma
GMJRP/alx/pr/ir

AGRAVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA.

PRELIMINAR DE NULIDADE DO ACÓRDÃO REGIONAL POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INDICAÇÃO DO TRECHO DO ACÓRDÃO DO RECURSO ORDINÁRIO. DESNECESSIDADE. RECURSO DE REVISTA QUE ATENDE AO REQUISITO DO ARTIGO 896, § 1º-A, INCISO I, DA CLT. ÓBICE PROCESSUAL SUPERADO.

Quanto à preliminar de nulidade do julgado por negativa de prestação jurisdicional, a SbDI-1 desta Corte, no julgamento do processo nº TST-E-RR-1522-62.2013.5.15.0067, Relator: Ministro: Cláudio Mascarenhas Brandão, acórdão publicado em 20/10/2017, consolidou o entendimento quanto à necessidade de transcrição, **unicamente**, do trecho da petição dos embargos de declaração em que a parte provoca o Tribunal Regional a se manifestar sobre determinada matéria e, em consequência, do acórdão prolatado no julgamento dos aludidos embargos, para fins de cumprimento do requisito inscrito no inciso I do § 1º-A do artigo 896 da CLT. Dessa forma, no caso em apreço, ao contrário do que constou no julgamento do agravo de instrumento em recurso de revista, observa-se que foram devidamente preenchidos os requisitos previstos no artigo 896, § 1º-A, inciso I, da CLT. Superado o óbice processual apontado, **passa-se ao exame** da preliminar de nulidade por negativa de prestação jurisdicional, suscitada pela parte no recurso de revista, relativa à “devolução de descontos relativos ao plano de saúde”.

PRELIMINAR DE NULIDADE DO ACÓRDÃO REGIONAL POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA DE OMISSÃO NO JULGADO.

Quanto à alegação de nulidade do acórdão regional por negativa de prestação jurisdicional, é de se esclarecer que a efetiva prestação jurisdicional tem como premissa basilar a fundamentação das decisões judiciais, consoante se extrai da dicção do artigo 93, inciso IX, da Constituição Federal. Havendo, no acórdão, a descrição das razões de decidir do órgão julgador, tem-se por atendida essa exigência, ainda que o resultado do julgamento seja contrário ao interesse da parte. No caso, o Regional explicitou, de forma clara e completa, as razões pelas quais entendeu que não devem ser devolvidos os valores descontados a título de despesas médicas pagas em decorrência da coparticipação nos planos de saúde. Portanto, foi prestada a devida jurisdição à parte.

Agravo **desprovido**.

NORMA COLETIVA. PREVISÃO DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM NENHUM ÔNUS FINANCEIRO PARA OS EMPREGADOS. DESCONTOS REALIZADOS A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. ARTIGO 30, § 4º, DA LEI Nº 9.656/1998. PREVALÊNCIA DA AUTONOMIA DA VONTADE COLETIVA. ART. 7º, INCISO XXVI, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

Discute-se nestes autos se a reclamada descumpriu norma coletiva ao contratar para seus empregados plano de saúde na modalidade coparticipativa e realizar descontos a esse título em suas remunerações. Segundo o Regional, “o contrato firmado pelas rés com a Unimed em 2012 (fls. 314/350) estabeleceu uma grande cobertura a diversos atendimentos, internações e procedimentos, sem que fosse necessário qualquer pagamento pelos empregados, havendo uma reduzida gama de atendimentos que exigiam coparticipação”. Assim, a Corte Regional entendeu que “a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados não deixou de ser observada em virtude de haver

uma *coparticipação dos empregados*”, tendo em vista o disposto no art. 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98, uma vez que a norma coletiva vedou apenas a cobrança de mensalidades. Nesse contexto, **merece provimento o agravo** para melhor exame do agravo de instrumento do reclamante.

AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA.

NORMA COLETIVA. PREVISÃO DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM NENHUM ÔNUS FINANCEIRO PARA OS EMPREGADOS. DESCONTOS REALIZADOS A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. ARTIGO 30, § 4º, DA LEI Nº 9.656/1998. PREVALÊNCIA DA AUTONOMIA DA VONTADE COLETIVA. ART. 7º, INCISO XXVI, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

Agravo de instrumento **provido** por possível violação dos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/98.

RECURSO DE REVISTA.

NORMA COLETIVA. PREVISÃO DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM NENHUM ÔNUS FINANCEIRO PARA OS EMPREGADOS. DESCONTOS REALIZADOS A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. ARTIGO 30, § 4º, DA LEI Nº 9.656/1998. PREVALÊNCIA DA AUTONOMIA DA VONTADE COLETIVA. ART. 7º, INCISO XXVI, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.

A Lei nº 9.656/98, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde, prevê, expressamente, a possibilidade de coparticipação dos beneficiários do plano de saúde nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica e determina que no contrato haja indicação clara do percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário (art. 16, inciso VIII). E, de acordo com o art. 30, § 6º, da referida lei, no caso dos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, isto é, sem o pagamento de mensalidade por parte dos empregados, a coparticipação não é considerada contribuição. **No caso dos autos**, a norma coletiva em discussão estabeleceu que as cooperativas com mais de dois anos de existência ofereceriam aos seus empregados plano de assistência médica empresarial “sem nenhum ônus financeiro” para os empregados. Todavia, extrai-se do acórdão regional que a reclamada contratou plano de saúde, mas realizou descontos na remuneração dos empregados a título de coparticipação e também a título de mensalidade. Quanto aos valores de mensalidade cobrados, o Regional julgou procedente a demanda para condenar a reclamada à devolução dos descontos respectivos, mas, em relação aos valores descontados a título de coparticipação, entendeu haver permissivo legal. Em primeiro lugar, é importante salientar que, no caso destes autos, a discussão não diz respeito à manutenção de plano de saúde após aposentadoria ou dispensa de empregado. O que está em análise é a cobrança de coparticipação em contrariedade ao que a norma coletiva fixou. Em segundo lugar, quando a Lei nº 9.656/98, no seu art. 30, § 6º, diz que a coparticipação não é contribuição, ela está tratando dos consumidores em geral e não daqueles empregados que tiverem o benefício concedido por meio de norma coletiva. Tanto é assim, que o § 4º do referido dispositivo legal prevê que “o *direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho*”. Participação significa divisão do custeio com o beneficiário, ao passo que a coparticipação se refere ao custo, às despesas da utilização dos serviços e produtos oferecidos pelo plano. Por outro lado, ônus financeiro é um conceito mais abrangente, que envolve não apenas a participação (mensalidade), mas também a coparticipação, não sendo razoável supor que o acordo coletivo de trabalho, ao dizer “sem nenhum ônus” tenha se referido apenas à cobrança de mensalidade. Se desejasse incluir a coparticipação para as cooperativas com mais de dois anos a norma coletiva o teria feito, como fez, aliás, para as cooperativas com menos de dois anos de existência, em relação às quais a norma facultou “a participação” dos empregados, autorizando a cobrança de mensalidade. A especificidade do acordo coletivo, que pode pactuar questões peculiares existentes em cada empresa, é que o torna tão vantajoso para os empregados. Assim, não há como entender que o sindicato autor, no caso em

exame, tenha pretendido pactuar ajuste em desfavor dos empregados substituídos. A interpretação da norma coletiva deve ser restritiva e se ater aos exatos termos do pacto firmado e, neste caso, o pacto firmado não permite concluir que os empregados arcariam com o ônus da utilização do plano. Dizer que a norma isentou os empregados do pagamento apenas da mensalidade do plano (custeio) é dar a ela interpretação que não se extrai do seu texto, ampliando o seu alcance para além do que as partes convencionaram. Logo, ao se entender como fez o Regional, que o acordo coletivo vedou apenas a cobrança de mensalidade (mas não de coparticipação) para as cooperativas existentes a mais de dois anos, dá-se à norma coletiva interpretação ampliativa para dizer, ou supor, que a norma disse mais do que ela, de fato, disse, em prejuízo dos empregados. Tratando-se de norma coletiva mais benéfica, pelo princípio da força obrigatória, esta deve prevalecer sobre a norma heterônoma (art. 30, § 4º, da Lei nº 9.656/98) em respeito à autonomia da vontade coletiva, que tem assento no art. 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal. Importante, ainda, salientar que, de acordo com o art. 110 do Código Civil, "*a manifestação de vontade subsiste ainda que o seu autor haja feito a reserva mental de não querer o que manifestou, salvo se dela o destinatário tinha conhecimento*". Ora, se a cooperativa, ao firmar o ajuste coletivo com o sindicato da categoria, não declarou, expressamente, que pretendia dividir com os beneficiários o custo das consultas médicas e procedimentos que viessem a ser realizados e fez a opção, voluntária ou não, de guardar para si essa sua real intenção, manifestando uma falsa declaração de vontade, o negócio jurídico (a norma coletiva) é válido nos termos em que celebrado, sem se considerar a reserva mental da cooperativa, uma vez que essa sua intenção de contratar plano de saúde com coparticipação não era conhecida do sindicato nem dos empregados, que acreditavam que os beneficiários estariam isentos de qualquer ônus financeiro, diga-se, qualquer custo, e não apenas a mensalidade. Por todo o exposto, o Regional, ao julgar improcedente o pedido de devolução dos valores descontados a título de despesas médicas, pagos em decorrência da coparticipação no plano de saúde contratado pela cooperativa, violou os artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/98. Recurso de revista **conhecido e provido**.

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Recurso de Revista nº TST-RR - 2164-38.2017.5.09.0010**, em que é Recorrente(s) **SINDICATO DOS TRABALHADORES EM COOPERATIVAS DE CRÉDITO DO ESTADO DO PARANÁ** e é Recorrido(s) **COOPERATIVA DE CRÉDITO DOS EMPRESÁRIOS DA GRANDE CURITIBA E CAMPOS GERAIS - SICOOB SUL E OUTRA**.

O agravo de instrumento foi provido quanto ao tema para dar processamento ao recurso de revista.

É o relatório.

VOTO

AGRAVO

No que se refere à **preliminar de nulidade por negativa de prestação jurisdicional** a decisão agravada pautou-se nos seguintes termos:

"A respeito da arguição de **nenhuma das hipóteses de nulidade do acórdão regional por negativa de prestação jurisdicional**, verifica-se que a parte não indicou, na petição do recurso de revista, o trecho do acórdão do recurso ordinário em que se encontra prequestionada a matéria objeto de sua irresignação, como ordena o artigo 896, § 1º-A, inciso I, da CLT, de forma que as exigências processuais contidas no dispositivo em questão e no seu inciso IV não foram satisfeitas.

O recurso de revista foi interposto na vigência das Leis nºs 13.015/14 e 13.467/17, que alteraram a redação do artigo 896 da CLT, acrescentando a esse dispositivo, entre outros, o § 1º-A, que, em seus incisos I e IV, determina novas exigências de cunho formal para a interposição do recurso de revista, estatuinte:

"§ 1º-A. Sob pena de não conhecimento, é ônus da parte:

I - indicar o trecho da decisão recorrida que consubstancia o prequestionamento da controvérsia objeto do recurso de revista;

(...)

IV - transcrever na peça recursal, no caso de suscitar preliminar de nulidade de julgado por negativa de prestação jurisdicional, o trecho dos embargos declaratórios em que foi pedido o pronunciamento do tribunal sobre questão veiculada no recurso ordinário e o trecho da decisão regional que rejeitou os embargos quanto ao pedido, para cotejo e verificação, de plano, da ocorrência da omissão”.

A transcrição do trecho respectivo, a fim de que se possa proceder ao exercício da averiguação da ausência de tutela perpetrada no acórdão do respectivo recurso ordinário, se faz imprescindivelmente necessária para a compreensão e a constatação da omissão alegada.

Com efeito, concluiu-se, da forma como foi editada a norma pertinente, que os requisitos processuais cuja satisfação é imposta no artigo 896, § 1º-A, da CLT, são cumulativos e devem ser, sob pena de não conhecimento do recurso, individualmente observados na construção da petição do recurso de revista.

A parte, ao interpor recurso de revista, mediante eventual alegação de negativa de prestação jurisdicional perpetrada no acórdão proferido pelo Tribunal de 2º grau, deve cumprir, além do disposto no inciso IV do mencionado dispositivo – que determina a transcrição do trecho da petição e do acórdão dos embargos declaratórios – a determinação contida no inciso I do mesmo artigo, a respeito da transcrição do trecho da decisão que configura o efetivo prequestionamento da matéria impugnada. Note-se que a condição imposta no inciso I visa a determinar que a parte comprove o prequestionamento do tema por parte do Tribunal Regional, enquanto que a exigência imposta no inciso IV busca a propiciar a efetiva demonstração da omissão alegada pela parte.

Registra-se que, de fato, o requisito estabelecido no inciso IV, que foi instituído por meio da edição da Lei nº 13.467/2017, veio, tão somente, suprir lacuna a respeito do critério formal a ser observado na específica alegação de negativa de tutela jurisdicional, de forma que a inclusão desse inciso no § 1º-A do artigo 896 não elidiu a condição processual imposta no inciso I, que já vigia a partir da edição da Lei nº 13.015/2014, tratando-se, portanto, de requisitos processuais que possuem a mesma relevância e, que, consequentemente, não se excluem.

Cabe citar precedentes desta Corte em que esse entendimento foi adotado, a saber:

“RECURSO DE EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA REGIDO PELA LEI Nº 13.015/2014. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. DEMONSTRAÇÃO DE EFETIVA E OPORTUNA ARGUIÇÃO DA MATÉRIA EM SEDE DE EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AUSÊNCIA. NÃO CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO ARTIGO 896, § 1º-A, I, DA CLT. Da natureza especial do recurso de revista decorre a necessidade de observância de requisitos próprios de admissibilidade, entre os quais cabe destacar o disposto no artigo 896, § 1º-A, I, da CLT, introduzido pela Lei nº 13.015/2014, que disciplina ser ônus da parte a indicação do trecho da decisão recorrida que consubstancia o prequestionamento da controvérsia objeto do apelo. A previsão contida no novel dispositivo, juntamente com os incisos que lhe sucedem, representa a materialização dos princípios da impugnação específica e dialeticidade recursal, pois objetiva evitar que seja do órgão julgador a tarefa de interpretar a decisão impugnada, para deduzir a tese nela veiculada e a fundamentação que ampara a pretensão, naquilo que corresponde ao atendimento dos pressupostos singulares do recurso interposto. Transpondo tal exigência para os casos em que a parte busca o reconhecimento da negativa de prestação jurisdicional, constata-se que será necessária a demonstração, inequívoca, de provocação da Corte de origem, mediante a oposição de embargos de declaração, no que se refere à matéria desprovida de fundamentação, com fulcro no entendimento da Súmula nº 459 do TST, bem como do trecho do respectivo acórdão, a fim de comprovar a recusa da Corte de origem em apreciar as questões suscitadas nos embargos. A inobservância desse procedimento que comprove a oportuna invocação e delimitação, em sede de embargos de declaração, dos pontos sobre os quais o Tribunal Regional, supostamente, teria deixado de se manifestar, torna inviável a análise da nulidade. Assim, a parte recorrente, ao arguir a nulidade por negativa de prestação jurisdicional, deve indicar no recurso de revista: a) os excertos da petição de embargos de declaração em que se buscou o pronunciamento do Tribunal Regional sobre os vícios apontados; e b) os trechos que demonstrem a recusa do TRT à complementação da prestação jurisdicional, seja porque rejeitou, seja porque ignorou o argumento contido nos embargos de declaração. Recurso de embargos de que se conhece e a que se nega provimento” (E-RR-1522-62.2013.5.15.0067, Ac. Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Relator Ministro Cláudio Mascarenhas Brandão, *in* DEJT 20/10/2017)

“RECURSO DE REVISTA DA RECLAMADA. PRELIMINAR DE NULIDADE DO ACÓRDÃO REGIONAL POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. A recorrente não indica os trechos da decisão de recurso ordinário e das razões de embargos de declaração que consubstanciarão o prequestionamento da controvérsia objeto de seu apelo. O recurso de revista não ultrapassa as barreiras do artigo 896, §1º-A, I e IV, da CLT.” (destacou-se, ARR - 130909-14.2015.5.13.0004, Relator Ministro: Alexandre de Souza Agra Belmonte, Data de Julgamento: 20/2/2019, 3ª Turma, Data de Publicação: DEJT 22/2/2019)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DAS LEIS Nos 13.015/2014 E 13.105/2015 E ANTES DA VIGÊNCIA DA LEI No 13.467/2017 (...) 1. NULIDADE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. A SBDI-1 desta Corte firmou a compreensão de que, na preliminar de nulidade por negativa de prestação jurisdicional, para fins de atendimento do art. 896, § 1º-A, da CLT, a parte deverá indicar, nas razões de revista, os trechos pertinentes da decisão recorrida (inciso I deste artigo) e da petição dos embargos de declaração (incisos II e III) para o necessário cotejo de teses. Recurso de revista não conhecido” (RR - 1299-88.2011.5.03.0043, Relator Ministro: Alberto Luiz Bresciani de Fontan Pereira, Data de Julgamento: 20/2/2019, 3ª Turma, Data de Publicação: DEJT 22/2/2019)

“AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. APELO INTERPOSTO NA VIGÊNCIA DA LEI N.º 13.015/2014. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. MULTA POR EMBARGOS PROTETATÓRIOS. ILEGITIMIDADE ATIVA. HORAS EXTRAS. DIVISOR. NÃO TRANSCRIÇÃO DO TRECHO DA DECISÃO RECORRIDA QUE CONSUBSTANCIA O PREQUESTIONAMENTO DA CONTROVÉRSIA. Dentre as inovações inseridas na sistemática recursal trabalhista pela Lei n.º 13.015/2014, consta, expressa e literalmente, sob pena de não conhecimento do Recurso de Revista, a exigência de que a parte proceda à indicação do trecho da decisão recorrida que consubstancia o prequestionamento da matéria impugnada no Apelo, bem como à demonstração analítica da ofensa aos dispositivos apontados como violados. Não atendida a exigência, o Recurso não merece ser processado. Agravo de Instrumento conhecido e não provido.” (destacou-se e grifou-se, Ag-AIRR-656-16.2014.5.05.0611, Relatora Ministra: Maria de Assis Calsing, 4ª Turma, DEJT 25/11/2016);

Por fim, destaca-se que o descumprimento do requisito processual da indicação do trecho de prequestionamento não configura “defeito formal que não se reputa grave” passível de ser sanado ou desconsiderado nos termos do artigo 896, § 11, da CLT, uma vez que o dispositivo em questão não se aplica à convalidação de defeito insito ao conteúdo ou ao teor do recurso interposto e, levando-se em conta que a interposição de recurso não é considerada ato urgente, é disponibilizado à parte tempo hábil a fim de que construa a sua insurgência recursal mediante a observação dos requisitos recursais exigidos em lei, a respeito dos quais tem prévio conhecimento, bem como das consequências processuais da ausência de satisfação desses requisitos” (págs. 16.290-16.293).

Conforme se observa, este Relator negou provimento ao agravo de instrumento

em recurso de revista do Sindicato reclamante quanto à **preliminar de nulidade do acórdão regional por negativa de prestação jurisdicional**, relacionada à “**devolução de descontos relativos ao plano de saúde**”, sob o fundamento de que o requisito previsto no artigo 896, §1º-A, inciso I, da CLT não teria sido satisfeito.

Ocorre que a 3ª Turma deste Tribunal Superior do Trabalho, em sessão realizada no dia 30/10/2024, no que se refere ao exame da preliminar de nulidade do acórdão regional por negativa de prestação jurisdicional, entendeu pela desnecessidade de a parte indicar, no recurso de revista, os trechos do acórdão regional que consubstanciam o prequestionamento da controvérsia, referentes ao julgamento do recurso ordinário ou do agravo de petição, para fins de cumprimento dos requisitos previstos no artigo 896, § 1º-A, inciso I, da CLT.

Com efeito, o recurso de revista foi interposto na vigência da Lei nº 13.015, de 2014, que alterou a redação do artigo 896 da CLT, acrescentando a esse dispositivo, entre outros, o § 1º-A, que, em seu inciso I, determina nova exigência de cunho formal para a interposição do recurso de revista, estatuinto: “§ 1º-A. *Sob pena de não conhecimento, é ônus da parte: I - indicar o trecho da decisão recorrida que consubstancia o prequestionamento da controvérsia objeto do recurso de revista;*”.

Nesse contexto, quanto à preliminar de nulidade do julgado por negativa de prestação jurisdicional, a SbDI-1 desta Corte, no julgamento do processo nº TST-E-RR-1522-62.2013.5.15.0067, Relator: Ministro: Cláudio Mascarenhas Brandão, acórdão publicado em 20/10/2017, consolidou o entendimento quanto à necessidade de transcrição, **unicamente**, do trecho da petição dos embargos de declaração em que a parte provoca o Tribunal Regional a se manifestar sobre determinada matéria e, em consequência, do acórdão prolatado no julgamento dos aludidos embargos, para fins de cumprimento do requisito inscrito no inciso I do § 1º-A do art. 896 da CLT.

Nessa linha, os seguintes precedentes da SbDI-1 do TST:

“RECURSO DE EMBARGOS EM RECURSO DE REVISTA REGIDO PELA LEI Nº 13.015/2014. **NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. DEMONSTRAÇÃO DE EFETIVA E OPORTUNA ARGUIÇÃO DA MATÉRIA EM SEDE DE EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. AUSÊNCIA. NÃO CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO ARTIGO 896, § 1º-A, I, DA CLT.** Da natureza especial do recurso de revista decorre a necessidade de observância de requisitos próprios de admissibilidade, entre os quais cabe destacar o disposto no artigo 896, § 1º-A, I, da CLT, introduzido pela Lei nº 13.015/2014, que disciplina ser ônus da parte a indicação do trecho da decisão recorrida que consubstancia o prequestionamento da controvérsia objeto do apelo. A previsão contida no novel dispositivo, juntamente com os incisos que lhe sucedem, representa a materialização dos princípios da impugnação específica e dialeticidade recursal, pois objetiva evitar que seja do órgão julgador a tarefa de interpretar a decisão impugnada, para deduzir a tese nela veiculada e a fundamentação que ampara a pretensão, naquilo que corresponde ao atendimento dos pressupostos singulares do recurso interposto. Transpondo tal exigência para os casos em que a parte busca o reconhecimento da negativa de prestação jurisdicional, constata-se que será necessária a demonstração, inequívoca, de provocação da Corte de origem, mediante a oposição de embargos de declaração, no que se refere à matéria desprovida de fundamentação, com fulcro no entendimento da Súmula nº 459 do TST, bem como do trecho do respectivo acórdão, a fim de comprovar a recusa da Corte de origem em apreciar as questões suscitadas nos embargos. A inobservância desse procedimento que comprove a oportuna invocação e delimitação, em sede de embargos de declaração, dos pontos sobre os quais o Tribunal Regional, supostamente, teria deixado de se manifestar, torna inviável a análise da nulidade. **Assim, a parte recorrente, ao arguir a nulidade por negativa de prestação jurisdicional, deve indicar no recurso de revista: a) os excertos da petição de embargos de declaração em que se buscou o pronunciamento do Tribunal Regional sobre os vícios apontados; e b) os trechos que demonstrem a recusa do TRT à complementação da prestação jurisdicional, seja porque rejeitou, seja porque ignorou o argumento contido nos embargos de declaração.** Recurso de embargos de que se conhece e a que se nega provimento”. (E-RR - 1522-62.2013.5.15.0067, Relator Ministro: Cláudio Mascarenhas Brandão, Data de Julgamento: 16/03/2017, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Data de Publicação: DEJT 20/10/2017 – destacou-se)

“RECURSO DE EMBARGOS. RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO NA VIGÊNCIA DA LEI 13.015/2014. **PRELIMINAR DE NULIDADE POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.** ART. 896, § 1º-A, INCS. I, II E III, DA CLT. Consoante os termos do art. 896, § 1º-A, incs. I, II e III, da CLT, introduzido pela Lei 13.015/2014, **afigura-se imprescindível à parte que arguir a nulidade da decisão recorrida por negativa de prestação jurisdicional demonstrar, nas razões do recurso de revista, mediante a transcrição do trecho da petição dos Embargos de Declaração e do trecho do acórdão respectivo, a recusa do Tribunal Regional em apreciar a questão objeto do recurso ou a apreciação de forma incompleta.** A fim de observar o princípio da impugnação específica e de se desincumbir do ônus de comprovar a recusa do Tribunal em prestar a jurisdição completa, a parte deverá demonstrar, objetivamente, que exigiu dele a apreciação da questão mediante a oposição dos indispensáveis embargos de declaração alusivos ao tema objeto da arguição de nulidade. Do contrário, estar-se-á diante da impugnação genérica da decisão proferida pelo Tribunal Regional, inviabilizando o exame das violações a que faz referência a Súmula 459 desta Corte. Recurso de Embargos de que se conhece e a que se nega provimento”. (...) (E-ED-RR - 543-70.2013.5.23.0005, Relator Ministro: João Batista Brito Pereira, Data de Julgamento: 04/05/2017, Subseção I Especializada em Dissídios Individuais, Data de Publicação: DEJT 12/05/2017 – destacou-se)

Dessa forma, no caso em apreço, ao contrário do que constou no julgamento do agravo de instrumento em recurso de revista, observa-se que foram devidamente preenchidos os requisitos previstos no artigo 896, § 1º-A, inciso I, da CLT.

Logo, superado o óbice processual apontado, **passo ao exame da preliminar de nulidade por negativa de prestação jurisdicional.**

O Sindicato reclamante, em razões de recurso de revista, afirma que o Regional, mesmo após a interposição de embargos de declaração, foi omissa quanto ao direito dos substituídos em reaver os descontos realizados a título de coparticipação no plano de saúde.

Indica, assim, violação dos artigos 93, inciso IX, da Constituição Federal e 832 da CLT.

Sem razão.

Quanto à alegação de nulidade do acórdão regional por negativa de prestação jurisdicional, é de se esclarecer que a efetiva prestação jurisdicional tem como premissa basilar a fundamentação das decisões judiciais, consoante se extrai da dicção do artigo 93, inciso IX, da Constituição Federal.

Havendo, no acórdão, a descrição das razões de decidir do órgão julgador, tem-se por atendida essa exigência, ainda que o resultado do julgamento seja contrário ao interesse da parte.

No caso, o Regional explicitou, de forma clara e completa, as razões pelas quais entendeu não serem devidas as devoluções dos descontos pela coparticipação dos substituídos no plano de saúde.

Extrai-se do acórdão regional proferido em sede de embargos de declaração que:

“RECURSO DA PARTE RÉ

A) DEVOLUÇÃO DE DESCONTOS COM PLANO DE SAÚDE

O v. acórdão condenou a parte ré na devolução dos valores que foram descontados dos empregados a título de plano de saúde.

Insurge-se a ré, afirmando que o v. acórdão foi omissa quanto à fundamentação trazida nas contrarrazões de que, caso houvesse cobrança a título de mensalidade, o referido desconto alcançaria todos os colaboradores, em todos os meses. Aduz que os holerites juntados demonstram que o referido desconto não alcança todos os colaboradores, mas apenas alguns deles, o que demonstra uma condição específica.

Alega que não houve a cobrança de mensalidade dos empregados pelo fornecimento de plano de saúde, pois nem todos os trabalhadores sofreram descontos. Postula manifestação a respeito, revendo, inclusive, o julgado para afastar a condenação.

Análise.

Observo que busca a ré o reexame da matéria sob o pretexto de que a v. decisão recorrida não examinou todos os seus argumentos, não sendo os embargos declaratórios o instrumento adequado para a revisão de questões já decididas.

Rejeito” (págs. 16.097-16.098).

Relativamente à devolução dos descontos efetuados a título de coparticipação no plano de saúde, a Corte *a quo* esclareceu que “a norma coletiva apenas veda a cobrança de mensalidades para adesão e manutenção no plano de saúde, contudo, tal fato não implica dizer que a cobertura deste plano deveria ser total e integral à toda assistência médica e hospitalar, sem qualquer custo adicional aos empregados” (pág. 16.054), bem como é sabido que a jurisprudência desta Corte orienta-se no sentido de que a coparticipação paga pelo empregado, em decorrência da realização de procedimentos e consultas médicas, não é considerada contribuição ao plano de saúde, nos termos do artigo 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98.

Portanto, foi prestada a devida jurisdição à parte, mantendo-se ileso o comando inserto nos artigos 93, inciso IX, da Constituição Federal e 832 da CLT.

No que se refere à **devolução do desconto realizado a título de coparticipação no plano de saúde:**

“No que se refere ao tema “**devolução do desconto realizado a título de coparticipação no plano de saúde**”, examinando o teor do acórdão recorrido, nas frações de interesse, dessume-se que foram apresentados detidamente os fundamentos que serviram de suporte fático-probatório e jurídico para formação de seu convencimento acerca da controvérsia, conforme se observa dos seguintes excertos da decisão de origem:

“CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM CUSTOS PARA O EMPREGADO E DEVOLUÇÃO DE DESPESAS MÉDICAS

A r sentença indeferiu o pedido de fornecimento de plano de saúde, sem qualquer custeio para os trabalhadores.

Insurge-se o autor, afirmando que as reclamadas firmaram acordos coletivos, por meio do qual se obrigaram a fornecer aos seus trabalhadores um plano de assistência médica empresarial, sem nenhum ônus financeiro para eles. Aduz que as reclamadas descumpriram essa obrigação ao contratarem Plano de Saúde Empresarial Participativo, de modo que obrigaram seus trabalhadores a pagar mensalidades para poderem ter acesso a atendimentos médicos e parte das despesas referentes aos procedimentos.

Alega que cabia exclusivamente ao empregador arcar com os custos decorrentes da contratação dos planos de saúde. Afirma que a contratação de um plano sem custo para os trabalhadores decorreu dos ajustes anteriores, ou seja, das regras que foram instituídas até o ACT 2015/2016 e que aderiram aos contratos individuais de cada empregado.

Postula que a ré Sicoob - Sul seja condenada a devolver aos substituídos todos os valores descontados a título de despesas médicas pagas em decorrência da coparticipação nos planos de

saúde. Requer ainda que a citada reclamada contrate com um plano de assistência à saúde na modalidade coletivo empresarial e que o ofereça a seus empregados, sem nenhum custo econômico de qualquer natureza.

Análise.

O Acordo Coletivo 2013/2014 previa em sua cláusula décima sexta que (fl. 132):

"CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA

A partir da assinatura deste instrumento, as Cooperativas com mais de 2 (dois) anos de existência oferecerão a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, plano de assistência médica empresarial, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.

Parágrafo Primeiro: *As Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a concessão do benefício mediante participação do trabalhador.*

Parágrafo Segundo: *Este benefício não terá natureza remuneratória." (negrito no original).*

Compulsando os autos, constato que o contrato firmado pelas rés com a Unimed em 2012 (fls. 314/350) estabeleceu uma grande cobertura a diversos atendimentos, internações e procedimentos, sem que fosse necessário qualquer pagamento pelos empregados, havendo uma reduzida gama de atendimentos que exigiam coparticipação.

Observo também que não havia qualquer pagamento para garantir a disponibilidade do plano (fls. 320/335):

"TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

(...).

3.1.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.1.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitado pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.1.3 Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, limitas a 24 (vinte e quatro) consultas ou sessões por ano contratual, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações.

(...).

3.1.10. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem, ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

(...).

10.1.3 FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, ABAIXO DESCRITAS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 87,00 (OITENTA REAIS) POR CONSULTA, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:

Parágrafo único: *Haverá coparticipação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas e consultório e pronto socorro de hospitais em regime ambulatorial."*

Esclareço que o artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, que versa sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, dispõe que:

"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 assumo o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar."

Diante do citado dispositivo legal, reputo que a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados não deixou de ser observada em virtude de haver uma co-participação dos empregados.

Frise-se que, não obstante possa ter ocorrido eventualmente algum tipo de cobrança a título de coparticipação, ela se mostra plenamente possível, nos termos do § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, nos termos transcritos supra.

Frise-se que a norma coletiva apenas veda a cobrança de mensalidades para adesão e manutenção no plano de saúde, contudo, tal fato não implica dizer que a cobertura deste plano deveria ser total e integral à toda assistência médica e hospitalar, sem qualquer custo adicional aos empregados.

Diante deste fato, coaduna-se esta E. Turma com as conclusões do juízo singular, razão pela qual a r. sentença deve ser mantida.

Prejudicados os pedidos relativos à ultratividade na norma coletiva.

Peço vênias para citar ainda os fundamentos doparquet, que entendeu neste mesmo sentido: (fls. 16.020/16.021)

"Compulsando os autos, observa-se que os acordos coletivos de trabalho, a exemplo do ACT 2015/2016 (ID 4842be8) contém cláusulas nos seguintes termos:

AUXÍLIO SAÚDE CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA A partir da assinatura deste instrumento, as Cooperativas com mais de 2 (dois) anos de existência oferecerão a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, plano de assistência médica empresarial, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.

Parágrafo Primeiro: *As Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a concessão do benefício mediante participação do trabalhador.*

Parágrafo Segundo: *Este benefício não terá natureza remuneratória. (destaques acrescidos)*

No contrato firmado pelas rés com a Unimed Paraná em 2012 (ID d498a59 e seguintes) verifica-se que a cobertura do plano coletivo empresarial está discriminada no Tema III. Constata-se que várias das obrigações da contratada relativas a atendimentos, internações e procedimentos não exigiam qualquer

pagamento pelo empregado, enquanto outros poucos procedimentos exigiam a coparticipação. Ressalte-se que não havia exigência de qualquer pagamento para garantir a disponibilidade do plano.

Nos termos do § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, a coparticipação em determinados procedimentos não pode ser considerada como contribuição do empregado para o custeio do plano:

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.

(...)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Assim, a despeito das argumentações do sindicato autor, vê-se que as rés cumpriram o pactuado na norma coletiva, na medida em que não há cobrança de qualquer valor para que seus trabalhadores possam dispor do plano de assistência médica. Quanto aos descontos realizados a título de coparticipação, esta está autorizada pelo § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, conforme já mencionado.

Ademais, as cláusulas previstas nas normas coletivas devem ser interpretadas restritivamente, de acordo com o artigo 114 do Código Civil, que prevê que "os negócios jurídicos benéficos e a renúncia interpretam-se restritamente".

Dessa forma, a previsão normativa que impõe à empresa a obrigação de manter plano de saúde aos seus empregados, não deve ser interpretada na obrigação de seu custeio integral.

Pelo exposto, entendendo não houve descumprimento das cláusulas dos ACTs, razão pela qual opino pela manutenção da sentença".

Diante do entendimento deste colegiado, improcedem os pleitos de devolução aos substituídos de todos os valores descontados a título de despesas médicas e de contratação de um plano de assistência à saúde na modalidade "coletivo empresarial" aos empregados, sem nenhum custo econômico de qualquer natureza para os trabalhadores.

Mantenho (grifou-se) (pág. 16.052-16.056).

Nas razões do agravo de instrumento, a parte insurge-se contra o despacho denegatório do seguimento de seu recurso de revista, insistindo na sua admissibilidade, ao argumento de que foi demonstrado o regular preenchimento dos requisitos previstos no artigo 896 da CLT.

Sem razão, contudo.

Inicialmente, não se pode olvidar, no exame dos pressupostos de admissibilidade do recurso de revista, a sua natureza e a função da Corte a que se destina. Não mais se litiga em instância ordinária, onde se exaure, por completo, a análise de todas as matérias de fatos e de provas dos autos, moldurando-se as balizas dessas circunstâncias de acontecimentos, às quais cabe a este Tribunal revisor, tão somente, manifestar-se sobre a correta interpretação e aplicação do direito ao caso concreto.

O Tribunal Superior do Trabalho tem, portanto, atribuição eminentemente recursal e extraordinária, que visa essencialmente à uniformização e à proteção do Direito do Trabalho pátrio (artigos 111-A, § 1º, da Constituição Federal e 1º, 3º, inciso III, alínea "b", e 4º, alíneas "b", "c" e "d", da Lei nº 7.701/1988), razão pela qual o recurso de revista caracteriza-se pelo seu conteúdo técnico e pelas hipóteses restritivas de sua utilização (artigo 896, alíneas "a", "b" e "c", da CLT).

Nesse contexto, em face do cotejo das razões constantes no agravo de instrumento apresentadas com os fundamentos da decisão agravada bem como do teor da decisão regional proferida, verifica-se que os argumentos apresentados não conseguem demonstrar a necessidade de processamento do recurso de revista.

No caso, não foi demonstrada a existência de requisito apto a viabilizar o processamento do recurso de revista, merecendo a manutenção dos fundamentos da decisão denegatória de seguimento do recurso de revista.

Em razão do exposto, reporto-me e adoto, por seus próprios fundamentos, a motivação utilizada pelo Juízo de admissibilidade *a quo* para obstaculizar o seguimento do recurso de revista.

Ressalta-se que não configura negativa de prestação jurisdicional ou inexistência de motivação a decisão do Juízo ad quem pela qual se acolhem, como razões de decidir, os próprios fundamentos constantes da decisão da instância recorrida, em acolhimento à técnica da motivação per relationem, uma vez que atendida a exigência constitucional e legal da motivação das decisões emanadas do Poder Judiciário (artigos 93, inciso IX, da Constituição Federal, 489, inciso II, do CPC/2015 e 832 da CLT), bem como porque viabilizados à parte interessada, de igual forma, os meios e recursos cabíveis no ordenamento jurídico para a impugnação desses fundamentos, no caso, o apelo previsto no artigo 1.021 do CPC/2015 c/c o artigo 265 do Regimento Interno do Tribunal Superior do Trabalho, haja vista que as motivações da decisão do órgão jurisdicional a quo são integralmente transcritas e incorporadas às razões decisórias da instância revisora.

Cabe esclarecer, ainda, que a validade da motivação per relationem, também denominada "por remissão" ou "por referência", independe até mesmo de o órgão judicante revisor acrescentar argumentos ou fundamentos à decisão recorrida, tendo em vista que, na expressiva maioria das vezes, a matéria a ser enfrentada na instância ad quem já foi completa e exaustivamente examinada pelo Juízo de origem em seus aspectos relevantes e necessários para a solução da controvérsia, máxime considerando que, na seara do Processo do Trabalho, a análise do agravo de instrumento por esta Corte superior tem por finalidade específica constatar o acerto ou desacerto da ordem de trancamento do recurso de revista oriunda de decisão monocrática proferida pelos Tribunais Regionais do Trabalho, que é prévia e não definitiva (artigo 896, § 1º, da CLT).

Diante desse peculiar e restrito objetivo do agravo de instrumento no âmbito desta Justiça especializada, a adoção, pelos próprios fundamentos, da decisão do Juízo de admissibilidade regional, que, acertadamente, denega seguimento a recurso de revista, antes de configurar qualquer prejuízo às garantias constitucionais do devido processo legal, do contraditório e da ampla defesa (artigo 5º, incisos LIV e LV, da Constituição Federal), constitui forma de julgamento possível, tecnicamente jurídica, apropriada e mesmo indicada, uma vez que se apresenta como instrumento valioso de racionalização da atividade jurisdicional, consentâneo, portanto, não só com o anseio das partes do processo, mas com o desejo de toda a sociedade na entrega de uma prestação jurisdicional mais efetiva e mais célere, atento ao princípio constitucional da duração razoável do processo disposto no inciso LXXVIII do mesmo artigo 5º do Texto Constitucional.

Por sua vez, não há falar na aplicação da norma proibitiva do artigo 1.021, § 3º, do CPC/2015 à espécie, uma vez que sua incidência se dirige ao exame dos agravos internos, e não do agravo de instrumento, que é a hipótese dos autos.

Nessa linha de entendimento, são os seguintes precedentes deste Tribunal, conforme se observa nestes julgados:

"AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. PROCESSO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.467/2017. PROLAÇÃO DE JULGAMENTO PELA TÉCNICA DA MOTIVAÇÃO RELACIONAL. CONDOMÍNIO RESIDENCIAL. DESNECESSIDADE DE OBEDIÊNCIA À COTA PARA CONTRATAÇÃO DE MENOR APRENDIZ. FUNÇÕES QUE NÃO DEMANDAM FORMAÇÃO PROFISSIONAL. No caso concreto, o Relator, pela via monocrática, manteve, pelos próprios e jurídicos fundamentos, a decisão objeto de recurso. Registre-se que a motivação por adoção das razões da decisão recorrida não se traduz em

omissão no julgado ou na negativa de prestação jurisdicional. Isso porque a fundamentação utilizada pela instância ordinária se incorpora à decisão proferida pela Corte revisora - e, portanto, a análise dos fatos e das provas, bem como do enquadramento jurídico a eles conferido. Dessa forma, considerando-se que o convencimento exposto na decisão recorrida é suficiente para definição da matéria discutida em Juízo, com enfrentamento efetivo dos argumentos articulados pela Parte Recorrente, torna-se viável a incorporação formal dessa decisão por referência. Ou seja, se a decisão regional contém fundamentação suficiente - com exame completo e adequado dos fatos discutidos na lide e expressa referência às regras jurídicas que regem as matérias debatidas -, a adoção dos motivos que compõem esse julgamento não implica inobservância aos arts. 93, IX, da CF/88, e 489, II, do CPC/2015. Assim sendo, a prolatação de julgamentos pela técnica da motivação relacional não viola os princípios e garantias constitucionais do devido processo legal (art. 5º, LIV), do contraditório e da ampla defesa (art. 5º, LV), além de preservar o direito à razoável celeridade da tramitação processual (art. 5º, LXXVIII). Revela-se, na prática, como ferramenta apropriada de racionalização da atividade jurisdicional. Nesse sentido, inclusive, posiciona-se a jurisprudência desta Corte Superior, segundo a qual a confirmação integral da decisão agravada não implica ausência de fundamentação, não eliminando o direito da parte de submeter sua irresignação ao exame da instância revisora. No mesmo sentido, decisões proferidas pelo STF. Assim sendo, a decisão agravada foi proferida em estrita observância às normas processuais (art. 557, *caput*, do CPC/1973; arts. 14 e 932, IV, "a", do CPC/2015), razão pela qual é insuscetível de reforma ou reconsideração. Agravo desprovido." (Ag-AIRR-104-22.2019.5.13.0007, Ministro Relator: Mauricio Godinho Delgado, 3ª Turma, DEJT de 27/5/2022).

"AGRAVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA RECURSO. INTERPOSIÇÃO ANTERIOR AO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA LEI 13.105/2015 (NOVO CPC) ADOÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO DESPACHO AGRAVADO. POSSIBILIDADE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. INOCORRÊNCIA. DECISÃO MONOCRÁTICA DENEGATÓRIA DE SEGUIMENTO. MANUTENÇÃO. Não configura negativa de prestação jurisdicional a adoção pelo Juízo *ad quem* da técnica da fundamentação *per relationem*, ao invocar, como razões de decidir, os próprios fundamentos da decisão impugnada, cumprida a exigência constitucional da motivação das decisões. Precedentes da Suprema Corte e do Tribunal Superior do Trabalho. Incólume o art. 93, IX, da Constituição Federal. Agravo conhecido e não provido." (Ag-AIRR-33100-34.2007.5.02.0255, Ministro Relator: Hugo Carlos Scheuermann, 1ª Turma, DEJT de 31/3/2017).

"AGRAVO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO NA VIGÊNCIA DA LEI Nº 13.015/2014. 1. MOTIVAÇÃO "PER RELATIONEM" - LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DESSA TÉCNICA DE MOTIVAÇÃO - FUNDAMENTAÇÃO VÁLIDA. JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E DO TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. 2. NULIDADE DO ACÓRDÃO REGIONAL POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO CONFIGURAÇÃO. 3. COMISSÕES. DIVERGÊNCIA JURISPRUDENCIAL. ARESTOS INSERVÍVEIS. SÚMULA Nº 296 DO TST. Impõe-se confirmar a decisão que negou seguimento ao agravo de instrumento, porquanto o recurso de revista não comprovou pressuposto intrínseco de admissibilidade inscrito no art. 896 da CLT. Agravo a que se nega provimento." (Ag-AIRR-11335-50.2015.5.15.0130, Ministro Relator: Walmir Oliveira da Costa, 1ª Turma, DEJT de 12/2/2021).

"III - AGRAVO DE INSTRUMENTO INTERPOSTO PELA RECLAMADA RECURSO DE REVISTA. LEI Nº 13.014/2015. RETORNO DOS AUTOS. ANÁLISE DOS TEMAS SOBRESTADOS. ADOÇÃO DA TÉCNICA *PER RELATIONEM*. Segundo o posicionamento consolidado no âmbito do Supremo Tribunal Federal (MS-27.350/DF, Rel. Min. Celso de Mello, DJ 4/6/2008), a decisão por meio da qual se mantêm os fundamentos do Juízo *a quo* (motivação *per relationem*) não configura negativa de prestação jurisdicional, tendo em vista a observância do princípio constitucional da motivação das decisões judiciais, por isso não há que se falar em ofensa ao art. 489, § 1º, do CPC. Agravo de instrumento a que se nega provimento." (AIRR-10564-78.2015.5.18.0004, Ministra Relatora: Maria Helena Mallmann, 2ª Turma, DEJT de 27/8/2021).

"AGRAVO. PRELIMINAR DE NULIDADE DA DECISÃO MONOCRÁTICA POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. AUSÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. NÃO CONFIGURAÇÃO. NÃO PROVIMENTO. O artigo 932, III e IV, "a", do CPC/2015 autoriza o relator a negar seguimento ao recurso quando manifestamente inadmissível, improcedente ou prejudicado em razão de entendimento sumulado pelo respectivo Tribunal. No presente caso, foi mantida a decisão que denegou seguimento ao recurso de revista da executada, especificamente quanto à questão da execução de seus bens. Ademais, a jurisprudência deste colendo Tribunal Superior do Trabalho é no sentido de que a confirmação jurídica e integral de decisões por seus próprios fundamentos não configura desrespeito ao devido processo legal, ao princípio do acesso ao Poder Judiciário, ao contraditório e à ampla defesa (motivação *per relationem*). Precedentes. Assim, a decisão, ainda que contrária aos interesses da parte, encontra-se motivada, não havendo configuração de negativa de prestação jurisdicional, razão pela qual o processamento do recurso de revista não se viabiliza tanto pelas alegações suscitadas em sede de preliminar como no mérito do agravo. Agravo a que se nega provimento, com aplicação da multa prevista no artigo 1.021, § 4º, do CPC." (Ag-AIRR-248500-22.1997.5.02.0040, Ministro Relator: Guilherme Augusto Caputo Bastos, 4ª Turma, DEJT de 10/9/2021).

"AGRAVO DA ELETROPAULO METROPOLITANA ELETRICIDADE DE SAO PAULO S.A. ACÓRDÃO PROFERIDO NA VIGÊNCIA DA LEI Nº 13.015/2014. ADOÇÃO DA TÉCNICA "PER RELATIONEM". Este Tribunal e o STF possuem entendimento maciço de que a adoção da técnica "per relationem", como forma de razão de decidir atende plenamente às exigências legal e constitucional da motivação das decisões proferidas pelo Poder Judiciário, (STF-ED-MS 25.936-1/DF, Relator Min. Celso de Mello, Tribunal Pleno, DJe 18/09/2009), não havendo, ainda, violação das garantias da ampla defesa e do devido processo legal, considerando-se a possibilidade de revisão da decisão por meio da interposição do agravo interno, nos termos do art. 1.021, § 3º, do CPC. Agravo não provido." (Ag-AIRR-166400-38.2009.5.02.0024, Ministro Relator: Breno Medeiros, 5ª Turma, DEJT de 29/5/2020).

"A) CERCEAMENTO DO DIREITO DE DEFESA. B) EXECUÇÃO. DESCONSIDERAÇÃO DA PERSONALIDADE JURÍDICA. BENEFÍCIO DE ORDEM. NÃO INFIRMA OS FUNDAMENTOS DO DESPACHO. 1 - Nas razões do agravo de instrumento, a parte ora agravante não conseguiu infirmar os fundamentos que embasaram o não seguimento do recurso de revista, os quais, pelo seu acerto, adoto como razões de decidir. 2 - O STF, no julgamento do AI-791292 QO-RG/PE, em procedimento de repercussão geral, manteve o entendimento de que a motivação referenciada (*per relationem*) atende à exigência constitucional da devida fundamentação, e não implica negativa de prestação jurisdicional. 3 - Nas razões do recurso de revista não foram indicados os trechos da decisão recorrida que consubstanciam o prequestionamento, seja por meio da transcrição do fragmento, seja sinalizando o número da página e do parágrafo do acórdão do Regional em que se encontra o trecho da matéria impugnada, por exemplo, o que não se admite, nos termos do art. 896, § 1º-A, I, da CLT. 4 - Agravo de instrumento a que se nega provimento." (AIRR-109600-67.2013.5.17.0012, Ministra Relatora: Kátia Magalhães Arruda, 6ª Turma, DEJT de 8/4/2016).

"AGRAVO INTERNO EM AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA. CPC/2015. INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 40 DO TST. LEI Nº 13.467/2017. NULIDADE DA DECISÃO UNIPESSOAL, POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. FUNDAMENTAÇÃO *PER RELATIONEM*. A negativa de seguimento ao agravo de instrumento, mediante decisão unipessoal que mantém a decisão denegatória do recurso de revista proferida pelo Tribunal Regional, por motivação referenciada - *per relationem* - incorpora essas razões e, portanto, cumpre integralmente os ditames contidos nos

artigos 93, IX, da Constituição Federal, 832 da CLT e 489 do Código de Processo Civil de 2015. Precedentes desta Corte e do Supremo Tribunal Federal. Agravo conhecido e não provido." (Ag-AIRR-10965-71.2016.5.03.0065, Ministro Relator: Cláudio Mascarenhas Brandão, 7ª Turma, DEJT de 27/5/2022).

"AGRAVO. DECISÃO MONOCRÁTICA. NULIDADE POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL NÃO CONFIGURADA. Os Ministros do STF decidiram que a adoção da motivação *per relationem* não configura, por si só, a negativa de prestação jurisdicional ou a inexistência de motivação da decisão, devendo ser analisados se os fundamentos lançados são suficientes para justificar as conclusões (ARE nº 1.024.997 Rel. Min. Roberto Barroso, Primeira Turma, DJe-101 DIVULG 15-05-2017 PUBLIC 16-05-2017), o que ocorre na hipótese. (...) Agravo não provido." (Ag-AIRR-387-18.2016.5.17.0014, Ministro Relator: Emmanoel Pereira, 8ª Turma, DEJT de 3/11/2021).

"AGRAVO INTERNO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO. NULIDADE POR NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. 1. Trata-se de agravo interno interposto em face da decisão da Vice-Presidência do TST pela qual denegado seguimento ao recurso extraordinário com base em precedente de repercussão geral. 2. O Supremo Tribunal Federal, ao decidir Questão de Ordem no Agravo de Instrumento nº 791.292/PE, em relação à questão de negativa de prestação jurisdicional, firmou o entendimento de que "o art. 93, IX, da Constituição Federal exige que o acórdão ou decisão sejam fundamentados, ainda que sucintamente, sem determinar, contudo, o exame pormenorizado de cada uma das alegações ou provas, nem que sejam corretos os fundamentos da decisão". 3. No referido julgado, a Suprema Corte concluiu, ainda, que não havia negativa de prestação jurisdicional e respectiva violação literal do inciso IX do artigo 93 da Constituição da República quando o acórdão do Tribunal Superior do Trabalho endossa "os fundamentos do despacho de inadmissibilidade do recurso de revista, integrando-os ao julgamento do agravo de instrumento". 4. Cabe ressaltar que o Supremo Tribunal Federal, na vigência do atual Código de Processo Civil, manteve o entendimento de que a adoção da motivação *per relationem* não configura, por si só, a negativa de prestação jurisdicional ou a inexistência de motivação da decisão, devendo ser analisados se os fundamentos lançados são suficientes para justificar as conclusões. (ARE-1024997-AgR, Relator: Min. Roberto Barroso, Primeira Turma, DJe-101 DIVULG 15-05-2017 PUBLIC 16-05-2017). 5. Nesse sentir, a 5ª Turma do Tribunal Superior do Trabalho, ao negar provimento ao agravo em agravo de instrumento em recurso de revista interposto pelo ora recorrente, endossando os fundamentos do despacho de inadmissibilidade do recurso de revista proferido pela Presidência do Tribunal Regional do Trabalho, não incorreu em negativa de prestação jurisdicional. 6. Assim, ficam mantidos os fundamentos adotados pela decisão agravada, restando verificado, ainda, o caráter infundado do presente agravo, aplicando-se a multa prevista no § 4º do artigo 1.021 do atual CPC. Agravo interno não provido, com aplicação de multa." (Ag-AIRR-94800-34.2009.5.15.0043, Ministro Relator: Emmanoel Pereira, Órgão Especial, DEJT de 15/8/2017).

Da mesma forma, o próprio Supremo Tribunal Federal, bem como o Superior Tribunal de Justiça, mesmo após a entrada em vigência do Código de Processo Civil de 2015, entendem que a adoção da técnica de fundamentação jurídica *per relationem* não configura ausência ou insuficiência de fundamentação, muito menos negativa de prestação jurisdicional, ainda que utilizada na seara do Direito Penal. Nesse sentido, são os seguintes precedentes:

"Agravo regimental em habeas corpus. Penal e Processo Penal. Artigo 33, caput, da Lei nº 11.343/06, e art. 16, caput, da Lei nº 10.826/03. Alegação de violação do art. 93, IX, da Constituição Federal. Fundamentação *per relationem*. Possibilidade. Precedentes. Agravo não provido. 1. É legítima, do ponto de vista jurídico-constitucional, a utilização, pelo Poder Judiciário, da técnica da motivação *per relationem*, porquanto compatível com o disposto no art. 93, IX, da Constituição da República. 2. A adoção pelo órgão julgante dos fundamentos veiculados no parecer do Ministério Público como razão de decidir não configura ausência de motivação nem de prestação jurisdicional. Precedentes (ARE nº 1.024.997-AgR, Rel. Min. Roberto Barroso, Primeira Turma, DJe de 16/5/17). 3. Agravo regimental a que se nega provimento." (HC-200.598-AgR, Ministro Relator: Dias Toffoli, Primeira Turma, Julgamento em 31/5/2021, Data de Publicação: 28/6/2021).

"Agravo regimental em habeas corpus. Penal e Processo Penal. Artigo 33, caput, da Lei nº 11.343/06, e art. 16, caput, da Lei nº 10.826/03. Alegação de violação do art. 93, IX, da Constituição Federal. Fundamentação *per relationem*. Possibilidade. Precedentes. Agravo não provido. 1. É legítima, do ponto de vista jurídico-constitucional, a utilização, pelo Poder Judiciário, da técnica da motivação *per relationem*, porquanto compatível com o disposto no art. 93, IX, da Constituição da República. 2. A adoção pelo órgão julgante dos fundamentos veiculados no parecer do Ministério Público como razão de decidir não configura ausência de motivação nem de prestação jurisdicional. Precedentes (ARE nº 1.024.997-AgR, Rel. Min. Roberto Barroso, Primeira Turma, DJe de 16/5/17). 3. Agravo regimental a que se nega provimento. (HC 200598 AgR, Rel. Min. Dias Toffoli, DJe de 28.06.2021)

RECURSO ORDINÁRIO. ALEGADA NULIDADE DECORRENTE DE IMPROPRIEDADE NO USO DA FUNDAMENTAÇÃO PER RELATIONEM. INEXISTÊNCIA. 1. A jurisprudência deste SUPREMO TRIBUNAL já se consolidou no sentido da validade da motivação *per relationem* nas decisões judiciais, inclusive quando se tratar de remissão a parecer ministerial constante dos autos (cf. HC 150.872-AgR, Rel. Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, DJe de 10/6/2019; ARE 1.082.664-ED-AgR, Rel. Min. GILMAR MENDES, Segunda Turma, DJe de 6/11/2018; HC 130.860-AgR, Rel. Min. ALEXANDRE DE MORAES, Primeira Turma, DJe de 27/10/2017; HC 99.827-MC, Rel. Min. CELSO DE MELLO, Segunda Turma, DJe de 25/5/2011). 2. Recurso Ordinário a que se nega provimento. (RHC 113308, Rel. Min. Marco Aurélio, DJe de 02.06.2021)

"HABEAS CORPUS" - JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL CONSOLIDADA QUANTO À MATÉRIA VERSADA NA IMPETRAÇÃO - POSSIBILIDADE, EM TAL HIPÓTESE, DE O RELATOR DA CAUSA DECIDIR, MONOCRATICAMENTE, A CONTROVÉRSIA JURÍDICA - COMPETÊNCIA MONOCRÁTICA QUE O SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL DELEGOU, VALIDAMENTE, EM SEDE REGIMENTAL (RISTF, ART. 192, "CAPUT", NA REDAÇÃO DADA PELA ER Nº 30/2009) - INOCORRÊNCIA DE TRANSGRESSÃO AO PRINCÍPIO DA COLEGIALIDADE - PLENA LEGITIMIDADE JURÍDICA DESSA DELEGAÇÃO REGIMENTAL - ADOÇÃO DA TÉCNICA DA MOTIVAÇÃO "PER RELATIONEM" - LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DESSA TÉCNICA DE MOTIVAÇÃO - FUNDAMENTAÇÃO VÁLIDA - PRISÃO CAUTELAR - NECESSIDADE COMPROVADA - MOTIVAÇÃO IDÔNEA QUE ENCONTRA APOIO EM FATOS CONCRETOS - PERICULOSIDADE DO ACUSADO/RÉU EVIDENCIADA PELO "MODUS OPERANDI" DA REALIZAÇÃO DA PRÁTICA DELITUOSA - PRECEDENTES DESTA SUPREMA CORTE - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. - O Supremo Tribunal Federal tem salientado, em seu magistério jurisprudencial, a propósito da motivação "per relationem", que inócorre ausência de fundamentação quando o ato decisório - o acórdão, inclusive - reporta-se, expressamente, a manifestações ou a peças processuais outras, mesmo as produzidas pelo Ministério Público, desde que nelas achem-se expostos os motivos, de fato ou de direito, justificadores da decisão judicial proferida. Precedentes. Doutrina. - O acórdão, ao fazer remissão aos fundamentos fático-jurídicos expostos no parecer do Ministério Público - e ao invocá-los como expressa razão de decidir -, ajusta-se, com plena fidelidade, à exigência jurídico-constitucional de motivação a que estão sujeitos os atos decisórios emanados do Poder Judiciário (CF, art. 93, IX). Revela-se legítima a prisão cautelar se a decisão que a decreta encontra suporte idôneo em elementos concretos e reais que - além de ajustarem-se aos fundamentos abstratos definidos em sede legal - demonstram que a permanência em liberdade do suposto autor do delito comprometerá a garantia da ordem pública." (HC-127.228-AgR, Ministro Relator: Celso de Mello,

Segunda Turma, Julgamento em 1º/9/2015, Data de Publicação: 12/11/2015).

"DIREITO PENAL E PROCESSUAL PENAL. AGRAVO INTERNO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. ESTELIONATO PREVIDENCIÁRIO. MOTIVAÇÃO PER RELATIONEM. POSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO ART. 93, IX, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL E DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA 279/STF. PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO PUNITIVA ESTATAL. JUÍZO DA EXECUÇÃO. 1. A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal é no sentido de que não viola a exigência constitucional da motivação o acórdão de segunda instância que adota como razões de decidir fundamentos contidos na sentença recorrida. Precedentes. 2. A decisão está devidamente fundamentada, embora em sentido contrário aos interesses da parte agravante. (...). Agravo interno a que se nega provimento." (ARE-1.244.643-AgR, Ministro Relator: Roberto Barroso, Primeira Turma, Julgamento em 13/3/2020, Data de Publicação: 3/4/2020).

"AGRAVO REGIMENTAL NOS SEGUNDOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO CRIMINAL COM AGRAVO. OFENSA AOS ARTS. 5º, XII; E 93, IX, DA CF. ALEGAÇÃO DE FALTA DE PREQUESTIONAMENTO E DE EXISTÊNCIA DE OFENSA REFLEXA. INOCORRÊNCIA. INTERCEPTAÇÕES TELEFÔNICAS, ESCUTAS AMBIENTAIS E RASTREAMENTO VEICULAR DEFERIDOS EM DECISÃO FUNDAMENTADA. AUSÊNCIA DE INDÍCIOS DE AUTORIA. IMPOSSIBILIDADE DE REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA 279/STF. MEDIDAS EXCEPCIONAIS DEFERIDAS PELO PERÍODO DE 30 DIAS. POSSIBILIDADE. FALTA DE DEMONSTRAÇÃO DO PREJUÍZO. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DE TODOS OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 283 DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AGRAVO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. I - No caso dos autos, ficam afastadas as alegações de falta de prequestionamento e de existência de ofensa reflexa, uma vez que os arts. 5º, XII; e 93, IX, da Constituição Federal constaram da ementa do acórdão recorrido e foram utilizados como razão de decidir pelo Tribunal de origem. II - O Supremo Tribunal Federal admite como motivação per relationem ou por remissão a simples referência aos fundamentos de fato ou de direito constantes de manifestação ou ato decisório anteriores. Precedentes. III - No caso, o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, ainda que sucintamente, traz os motivos que levaram o Colegiado a autorizar as interceptações telefônicas, as escutas ambientais e o rastreamento veicular (...). Agravo regimental a que se nega provimento." (ARE-1.260.103-ED-ED-AgR, Ministro Relator: Ricardo Lewandowski, Segunda Turma, Julgamento em 28/9/2020, Data de Publicação: 2/10/2020).

Em acréscimo às considerações expostas pelo Regional quanto ao tema **'devolução do desconto realizado a título de coparticipação no plano de saúde'**, registra-se que a jurisprudência desta Corte orienta-se no sentido de que a coparticipação paga pelo empregado, por ocasião da realização de procedimentos e consultas médicas, não é considerada contribuição ao plano de saúde, conforme entendeu o Regional, nos termos do artigo 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98.

Nesse sentido:

"PLANO DE SAÚDE COLETIVO FORNECIDO PELA EMPRESA AOS EMPREGADOS DA ATIVA TAMBÉM AO EX-EMPREGADO DISPENSADO SEM JUSTA CAUSA. AUSÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO PARA CUSTEIO DO PLANO POR PARTE DOS EMPREGADOS. INDEVIDA A MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. Discute-se, no caso, se ex-empregado dispensado sem justa causa faz jus à manutenção do plano de saúde fornecido pela empresa aos empregados da ativa. Nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656/98, é assegurada a manutenção do plano de saúde ao aposentado, nos mesmos moldes em que usufruía anteriormente à aposentadoria, desde que tenha participado de parte do custeio no curso do contrato de trabalho e assuma integralmente o custeio do plano após a aposentadoria. Por outro lado, **o § 6º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 dispõe que a coparticipação paga pelo empregado, por ocasião da realização de procedimentos, não é considerada contribuição ao plano de saúde.** No caso, pautando-se na premissa fática consignada no acórdão regional de que o reclamante nunca contribuiu para o custeio do plano de saúde, não havendo sequer notícia a respeito de eventual coparticipação, inviável a manutenção do plano coletivo pretendido, em razão do disposto nos artigos 30, § 6º, e 31 da Lei nº 9.656/98. Precedentes. Agravo de instrumento desprovido" (AIRR-744-94.2013.5.18.0201, 2ª Turma, Relator Ministro José Roberto Freire Pimenta, DEJT 17/09/2021).

"RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. DECISÃO IMPUGNADA PROFERIDA NA VIGÊNCIA DO CPC DE 2015. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA PARA MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE MEDIANTE CUSTEIO INTEGRAL PELA RECLAMANTE. ARTIGO 30 DA LEI Nº 9.656/1998. AUSÊNCIA DE ILEGALIDADE. Não se afigura ilegal ou ofensiva a direito líquido e certo da parte a decisão que, com fundamento no artigo 30 da Lei nº 9.856/1998, determina o restabelecimento do plano de saúde da reclamante e seus dependentes pelo prazo de 24 meses após a rescisão contratual, mediante o custeio integral da despesa, conforme também assegurado pela Resolução nº 279/2011, do Ministério da Saúde. A ausência de comprovação de que o plano de saúde era mantido integralmente pelo empregador, sem a contribuição do empregado, afasta o direito líquido e certo sustentado pela impetrante, diante da jurisprudência desta Corte no sentido de que o direito à manutenção do plano de saúde do empregado demitido pressupõe a contribuição durante a vigência do contrato de trabalho, **não devendo ser considerada como tal a coparticipação do trabalhador em procedimentos médicos e hospitalares.** Além disso, a ausência de comprovação, por meio da prova pré-constituída, de que o plano de saúde era custeado integralmente pela impetrante também obsta o acolhimento da pretensão do mandamus. Recurso ordinário conhecido e desprovido" (Processo: RO - 170-45.2019.5.05.0000 Data de Julgamento: 23/03/2021, Relator Ministro: Renato de Lacerda Paiva, Subseção II Especializada em Dissídios Individuais, Data de Publicação: DEJT 26/03/2021, grifou-se).

"RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO PELA PARTE RECLAMANTE. MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DOS EX-EMPREGADOS DO BANCO BRADESCO APÓS A APOSENTADORIA. AUSÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO PARA CUSTEIO DO PLANO POR PARTE DOS EMPREGADOS. No caso, as entidades sindicais autoras pretenderam o restabelecimento do plano de saúde para os empregados por ele substituídos, sob as mesmas condições a eles aplicáveis na vigência de seus anteriores contratos de trabalho, mediante o pagamento, pelos substituídos, da integralidade dos custos anteriormente arcados pelo reclamado. A controvérsia cinge-se em saber se o ex-empregado faz jus à manutenção do plano de saúde da empresa após a sua aposentadoria, não obstante não ter participado do seu custeio, assumido integralmente pelo reclamado no curso do contrato de trabalho. Nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656/98, é assegurada a manutenção do plano de saúde ao aposentado, nos mesmos moldes em que usufruía anteriormente à aposentadoria, desde que tenha participado de parte do custeio no curso do contrato de trabalho e assuma integralmente o custeio do plano após a aposentadoria. **Por outro lado, o § 6º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 dispõe que a coparticipação paga pelo empregado, por ocasião da realização de procedimentos, não é considerada contribuição ao plano de saúde.** No caso, pautando-se na premissa fática consignada no acórdão regional, de que os aposentados substituídos nunca contribuíram para o custeio do plano de saúde, tendo apenas ocorrido sua participação em consultas e procedimentos médicos, o que não atende ao requisito previsto em lei, inviável a manutenção do plano coletivo pretendido, em razão do disposto no artigo 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98 (precedentes). Recurso de revista não conhecido" (Processo: RR - 302-94.2015.5.09.0012 Data de Julgamento: 11/12/2018, Relator Ministro: José Roberto Freire Pimenta, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 19/12/2018).

"RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.467/2017. RECLAMADO. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO APÓS A APOSENTADORIA. AUSÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO.

IMPOSSIBILIDADE. Hipótese em que o Tribunal Regional condenou o reclamado à manutenção do plano de saúde do reclamante, consignando, no entanto, que o autor, quando em atividade, não contribuía para o custeio do plano de saúde da empresa, apenas colaborava em regime de coparticipação. A jurisprudência desta Corte Superior entende que é incabível a manutenção do plano de saúde de empregado aposentado que não contribui para o seu custeio, valendo ressaltar que **descontos efetivados a título de coparticipação não são considerados como contribuição, nos termos do artigo 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98**. Precedentes. Recurso de revista conhecido e provido" (Processo: RR - 1845-15.2017.5.07.0014 Data de Julgamento: 24/03/2021, Relatora Ministra: Maria Helena Mallmann, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 26/03/2021).

"RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.015/2014. MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. COPARTICIPAÇÃO. ART. 30 DA LEI Nº 9.656/98. No caso, as contribuições ao plano de saúde eram de responsabilidade exclusiva do empregador, sendo que **a participação do autor se dava na forma de coparticipação, apenas quando realizados procedimentos médicos, assistenciais e hospitalares**. Assim, deve ser mantida a decisão que indeferiu a manutenção do benefício após a extinção do vínculo empregatício, pois em conformidade com o que dispõe o § 6º do art. 30 da Lei nº 9.656/98. Precedentes. Recurso de revista não conhecido" (Processo: RR - 790-33.2015.5.17.0010, data de julgamento: 28/9/2016, Relator Ministro: Alberto Luiz Bresciani de Fontan Pereira, 3ª Turma, data de publicação: DEJT 30/9/2016, grifou-se)

"AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA DO RECLAMANTE. APELO INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.015/2014. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO APÓS A APOSENTADORIA. NÃO ATENDIMENTO DO REQUISITO PREVISTO NO ART. 31 DA LEI Nº 9.656/1998, RELATIVO À PARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DO PLANO. No que se refere à manutenção do plano de saúde após a aposentadoria, **o Tribunal a quo consignou que 'Não havia participação do Reclamante no custeio do plano, mas apenas no pagamento de 'coparticipação' ou 'franquia em procedimentos', enquadrando-se a hipótese ao disposto no § 1.º do artigo 6.º da Resolução Normativa ANS nº 279/2011'** (a fls. 300), concluindo que o empregado, mesmo se aposentando, não tem direito, para si e seus dependentes, a permanecer no plano de saúde nas mesmas condições de coberturas oferecidas na vigência do contrato de trabalho, conforme o que dispõem o art. 31 da Lei nº 9.656/1998, uma vez que o autor não contribuía para o custeio do plano. Dessa forma, estando o acórdão regional em consonância com a jurisprudência desta Corte, o Recurso de Revista encontra óbice no artigo 896, § 7.º, da CLT e na Súmula nº 333 desta Corte, descabendo cogitar de violação de lei e/ou da Constituição Federal, bem como de divergência jurisprudencial. Agravo de Instrumento conhecido e não provido" (AIRR - 1849-63.2013.5.09.0652, 4ª Turma, Relatora Ministra Maria de Assis Calsing, DEJT 4/12/2015, grifou-se)

"PLANO DE SAÚDE CUSTEADO INTEGRALMENTE PELA EMPRESA. EMPREGADO COPARTICIPANTE. PERMANÊNCIA NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO APÓS A APOSENTADORIA. ART. 30, § 6º, DA LEI 9.656/98. Preconiza o art. 31 da Lei nº 9.656/98 que, para a manutenção do plano de saúde, a aposentadoria deve ocorrer no curso do contrato de trabalho e que o empregado tenha contribuído por mais de dez anos e assuma o pagamento integral das mensalidades. No caso vertente, o Regional noticiava que o reclamante não contribuía para o plano de saúde durante o vínculo empregatício, não tendo direito, assim, à sua manutenção após o término do pacto laboral. **A coparticipação paga pelo empregado em planos de saúde custeados integralmente pela empresa é referente a percentuais calculados sobre procedimentos médicos e, na dinâmica do art. 30, § 6º, da Lei 9.656/98, não é considerada contribuição para efeitos do direito de permanência no benefício após a rescisão contratual**. Ademais, o Regional asseverou não haver prova de que o reclamante se propôs a custear integralmente o plano. Recurso de revista não conhecido." (RR-1488-80.2010.5.01.0003, 6ª Turma, Relator Ministro Augusto César Leite de Carvalho, DEJT 19/12/2013)

Nego provimento" (págs. 16.293-16.309).

Quanto à **devolução do desconto realizado a título de coparticipação no plano de saúde**, o sindicato argumenta que a norma coletiva estabeleceu vantagem aos trabalhadores substituídos quando dispôs sobre o fornecimento de plano de saúde sem nenhum ônus financeiro para os trabalhadores, o que inclui a coparticipação. Afirmar que *"a tese exposta pelo Sindicato Autor é de que a coparticipação representa ônus financeiro e está demonstrada e sustentada na cláusula prevista nos acordos coletivos e no teor da cláusula 10.1 do contrato ANS 312720 firmado entre as partes, que atribui aos contratantes (empregadora, e não aos trabalhadores) o pagamento da coparticipação"* (pág. 16.356). Defende que *"as decisões proferidas estão em contrariedade com o previsto expressamente nos acordos coletivos de trabalho e no contrato de adesão ao plano corporativo, firmado pelas Rés, pois não há previsão legal, contratual ou normativa a autorizar a transferência dos custos adicionais de coparticipação aos trabalhadores e é por isso que houve violação do § 4º do art. 30 da Lei 9.656/1998"* (pág. 16.356).

Alega que *"quando os acordos coletivos foram firmados as partes convenientes obviamente tinham conhecimento do disposto no artigo 30, § 6º da Lei 9.656/1998 e do disposto no seu § 4º que estipula que o "direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho". O acordo coletivo tinha como base justamente a legislação vigente na época de sua celebração, de modo que não é razoável supor que as partes se basearam, para emitir a mensagem (cláusula dos acordos coletivos), em circunstância mais ampla do que a atual ou em realidade desconectada das regras legais dos planos de saúde. Ao contrário, as cláusulas foram redigidas tendo como base uma regra legal já existente, a qual estavam explicitamente regulando Aponta ofensa ao art. 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal"* (pág. 16.358).

Ao exame.

Discute-se nestes autos se a reclamada descumpriu norma coletiva ao contratar para seus empregados plano de saúde na modalidade coparticipativa e realizar descontos a esse título em suas remunerações.

Consta do acórdão recorrido que:

“O Acordo Coletivo 2013/2014 previa em sua cláusula décima sexta que (fl. 132):

‘CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA

A partir da assinatura deste instrumento, as Cooperativas com mais de 2 (dois) anos de existência oferecerão a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, plano de assistência médica empresarial, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.

Parágrafo Primeiro: As Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a concessão do benefício mediante participação do trabalhador.

Parágrafo Segundo: Este benefício não terá natureza remuneratória.” (grifou-se).

Segundo o Regional, “o contrato firmado pelas rés com a Unimed em 2012 (fls. 314/350) estabeleceu uma grande cobertura a diversos atendimentos, internações e procedimentos, sem que fosse necessário qualquer pagamento pelos empregados, havendo uma reduzida gama de atendimentos que exigiam coparticipação”.

Assim, a Corte regional entendeu que “a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados não deixou de ser observada em virtude de haver uma coparticipação dos empregados”, tendo em vista o disposto no art. 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98, uma vez que a norma coletiva vedou apenas a cobrança de mensalidades.

Nesse contexto, **dou provimento** ao agravo apenas quanto ao tema “Norma coletiva. Previsão de contratação de plano de saúde sem nenhum ônus financeiro para os empregados. Devolução de descontos realizados a título de coparticipação. Artigo 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998. Prevalência da autonomia da vontade coletiva. Art. 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal”, para melhor exame do agravo de instrumento do reclamante.

AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA

O Juízo de admissibilidade do recurso de revista denegou seguimento ao apelo do reclamante sob os seguintes fundamentos:

“PRESSUPOSTOS INTRÍNSECOS

TRANSCENDÊNCIA

Nos termos do artigo 896-A, § 6º, da Consolidação das Leis do Trabalho, cabe ao Tribunal Superior do Trabalho analisar se a causa oferece transcendência em relação aos reflexos gerais de natureza econômica, política, social ou jurídica.

DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO/ATOS PROCESSUAIS/NULIDADE/NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL.

Alegação(ões):

- violação do(s) inciso IX do artigo 93 da Constituição Federal.

- divergência jurisprudencial.

O recorrente pede que se declare nulidade processual por negativa de prestação jurisdicional.

Afirma que houve omissão quanto aos seguintes temas: a) ‘a aplicabilidade no caso do § 4º do artigo 30 da Lei 9.656/1998’; b) ‘se a norma coletiva (sem ônus financeiro) não teria sobreposição sobre o § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998 (permite-se coparticipação) por força do art. 7º, XXVI, da Constituição da República’; c) ‘a tese do Autor de que os descontos não foram autorizados nem há previsão na lei ou em normas coletivas para que se realizem tais descontos, e de que teria havido violação do art. 462 da CLT e ao art. 7º, X, da Constituição da República’; e d) ‘o teor do contrato ANS 312720 e ‘a violação do art. 462 da CLT’.

Fundamentos do acórdão recorrido:

‘A r sentença indeferiu o pedido de fornecimento de plano de saúde, sem qualquer custeio para os trabalhadores.

Insurge-se o autor, afirmando que as reclamadas firmaram acordos coletivos, por meio do qual se obrigaram a fornecer aos seus trabalhadores um plano de assistência médica empresarial, sem nenhum ônus financeiro para eles. Aduz que as reclamadas descumpriram essa obrigação ao contratarem Plano de Saúde Empresarial Participativo, de modo que obrigaram seus trabalhadores a pagar mensalidades para poderem ter acesso a atendimentos médicos e parte das despesas referentes aos procedimentos.

Alega que cabia exclusivamente ao empregador arcar com os custos decorrentes da contratação dos planos de saúde. Afirma que a contratação de um plano sem custo para os trabalhadores decorreu dos ajustes anteriores, ou seja, das regras que foram instituídas até o ACT 2015/2016 e que aderiram aos contratos individuais de cada empregado.

Postula que a ré Sicoob - Sul seja condenada a devolver aos substituídos todos os valores descontados a título de despesas médicas pagas em decorrência da coparticipação nos planos de saúde. Requer ainda que a citada reclamada contrate com um plano de assistência à saúde na modalidade coletivo empresarial e que o ofereça a seus empregados, sem nenhum custo econômico de qualquer natureza.

Analiso.

O Acordo Coletivo 2013/2014 previa em sua cláusula décima sexta que (fl. 132):

‘CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA

A partir da assinatura deste instrumento, as Cooperativas com mais de 2 (dois) anos de existência oferecerão a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, plano de assistência médica empresarial, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.

Parágrafo Primeiro: As Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a

concessão do benefício mediante participação do trabalhador.

Parágrafo Segundo: Este benefício não terá natureza remuneratória.' (negrito no original).

Compulsando os autos, constato que o contrato firmado pelas rés com a Unimed em 2012 (fls. 314/350) estabeleceu uma grande cobertura a diversos atendimentos, internações e procedimentos, sem que fosse necessário qualquer pagamento pelos empregados, havendo uma reduzida gama de atendimentos que exigiam coparticipação.

Observo também que não havia qualquer pagamento para garantir a disponibilidade do plano (fls. 320/335):

'TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

(...).

3.1.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.1.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitado pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.1.3 Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, limitas a 24 (vinte e quatro) consultas ou sessões por ano contratual, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações.

(...).

3.1.10. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem, ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

(...).

10.1.3 FICA ESTABELECID A COPARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, ABAIXO DESCRITAS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 87,00 (OITENTA REAIS) POR CONSULTA, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:

Parágrafo único: Haverá coparticipação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas e consultório e pronto socorro de hospitais em regime ambulatorial.'

Esclareço que o artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, que versa sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, dispõe que:

'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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.'

Diante do citado dispositivo legal, reputo que a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados não deixou de ser observada em virtude de haver uma co-participação dos empregados.

Frise-se que, não obstante possa ter ocorrido eventualmente algum tipo de cobrança a título de coparticipação, ela se mostra plenamente possível, nos termos do § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, nos termos transcritos supra.

Frise-se que a norma coletiva apenas veda a cobrança de mensalidades para adesão e manutenção no plano de saúde, contudo, tal fato não implica dizer que a cobertura deste plano deveria ser total e integral à toda assistência médica e hospitalar, sem qualquer custo adicional aos empregados.

Diante deste fato, coaduna-se esta E. Turma com as conclusões do juízo singular, razão pela qual a r. sentença deve ser mantida.

Prejudicados os pedidos relativos à ultratividade na norma coletiva.

Peço vênha para citar ainda os fundamentos do parquet, que entendeu neste mesmo sentido: (fls. 16.020/16.021)

'Compulsando os autos, observa-se que os acordos coletivos de trabalho, a exemplo do ACT 2015/2016 (ID 4842be8) contêm cláusulas nos seguintes termos:

AUXÍLIO SAÚDE

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA A partir da assinatura deste instrumento, as Cooperativas com mais de 2 (dois) anos de existência oferecerão a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, plano de assistência médica empresarial, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.

Parágrafo Primeiro: Às Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a concessão do benefício mediante participação do trabalhador.

Parágrafo Segundo: Este benefício não terá natureza remuneratória. (destaques acrescidos)

No contrato firmado pelas rés com a Unimed Paraná em 2012 (ID d498a59 e seguintes) verifica-se que a cobertura do plano coletivo empresarial está discriminada no Tema III. Constata-se que várias das obrigações da contratada relativas a atendimentos, internações e procedimentos não exigiam qualquer pagamento pelo empregado, enquanto outros poucos procedimentos exigiam a coparticipação. Ressalte-se que não havia exigência de qualquer pagamento para garantir a disponibilidade do plano.

Nos termos do § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, a coparticipação em determinados procedimentos não pode ser considerada como contribuição do empregado para o custeio do plano:

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.

(...)

§ 6o Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Assim, a despeito das argumentações do sindicato autor, vê-se que as rés cumpriram o pactuado na norma coletiva, na medida em que não há cobrança de qualquer valor para que seus trabalhadores possam dispor do plano de assistência médica. Quanto aos descontos realizados a título de coparticipação, esta está autorizada pelo § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, conforme já mencionado.

Ademais, as cláusulas previstas nas normas coletivas devem ser interpretadas restritivamente, de acordo com o artigo 114 do Código Civil, que prevê que 'os negócios jurídicos benéficos e a renúncia interpretam-se restritamente'.

Dessa forma, a previsão normativa que impõe à empresa a obrigação de manter plano de saúde aos seus empregados, não deve ser interpretada na obrigação de seu custeio integral.

Pelo exposto, entendo não houve descumprimento das cláusulas dos ACTs, razão pela qual opino pela manutenção da sentença'.

Diante do entendimento deste colegiado, improcedem os pleitos de devolução aos substituídos de todos os valores descontados a título de despesas médicas e de contratação de um plano de assistência à saúde na modalidade 'coletivo empresarial' aos empregados, sem nenhum custo econômico de qualquer natureza para os trabalhadores.

Mantenho.'

Fundamentos da decisão de embargos de declaração:

'O v. acórdão recorrido julgou improcedentes os pedidos de devolução aos substituídos de todos os valores descontados a título de despesas médicas e de contratação de um plano de assistência à saúde na modalidade 'coletivo empresarial' aos empregados.

Insurge-se o autor, afirmando que não houve manifestação sobre os argumentos centrais do seu apelo, bem como de alguns dispositivos, postulando a manifestação sobre eles.

Análise.

Os embargos de declaração se prestam a sanar omissão, contradição ou obscuridade constante no corpo do acórdão embargado, de acordo com o artigo 535, I e II, do CPC. Ainda, o prequestionamento previsto na Súmula nº 297 do C. TST somente tem procedência, quando a matéria, objeto de recurso, não foi expressamente analisada pela decisão judicial. Em outras palavras, o prequestionamento refere-se ao tópico recorrido e não à fundamentação utilizada em recurso.

A omissão passível de embargos de declaração é aquela que diz respeito ao pedido, que foi devidamente apreciado na decisão colegiada. O vício de omissão, passível da oposição de embargos de declaração, refere-se exclusivamente à existência de pretensões e matérias discutidas no litígio e que não tenham sido objeto de análise pelo acórdão, ou seja, é vício que diz respeito ao pedido e não ao entendimento jurídico que se adota na análise do tema.

Oportuno frisar também que a contradição contida no art. 535 do CPC não diz respeito à decisão em confronto com a prova dos autos, mas entre os fundamentos utilizados ou entre os fundamentos e a decisão. No mais, versando a hipótese sobre evidente erro material, impõe-se a sua correção a qualquer tempo e mesmo de ofício.

No presente caso, não há omissão no acórdão atacado. Observe-se que este órgão jurisdicional analisou detidamente os argumentos da partes para firmar o seu entendimento sobre a questão.

Vale lembrar, outrossim, que a apreciação da matéria pelo julgado é suficiente para caracterizar o prequestionamento necessário para eventual recurso à instância superior, conforme OJ nº 118 da SBDI-I e Súmula nº 297, ambas do C. TST, sendo desnecessária a manifestação específica sobre todos os dispositivos legais, documentos ou fatos suscitados pelas partes. Em outras palavras, o acesso ao TST já está devidamente pavimentado, inexistindo omissões ou contradições que impeçam o prequestionamento da matéria alegada.

Assim, tendo sido adotado um entendimento pela Turma de forma clara, coerente e fundamentada, de modo que estão consignados os fundamentos adotados por este órgão julgador no acórdão embargado, consoante previsão do artigo 93, IX, da CF, sendo que se a embargante entende que houve 'error in judicando', deve, então, apresentar sua tese jurídica na esfera judicial competente, mediante o manejo do recurso apropriado.

Rejeito.'

Constata-se que a matéria devolvida à apreciação no recurso ordinário foi enfrentada no julgamento. Houve pronunciamento expresso e específico do Colegiado a respeito, e foram indicados os fundamentos de fato e de direito que ampararam seu convencimento jurídico. Não se vislumbra possível negativa de entrega da prestação jurisdicional.

Convém ressaltar que o TST não admite o recurso de revista por negativa de prestação jurisdicional com base em divergência jurisprudencial (art.896, alínea 'a', da CLT), por entender que não há identidade das premissas fáticas entre a decisão recorrida e eventuais decisões paradigma ante a especificidade e a particularidade de cada caso.

Denego.

REMUNERAÇÃO, VERBAS INDENIZATÓRIAS E BENEFÍCIOS/DESCONTOS SALARIAIS - DEVOLUÇÃO.

Alegação(ões):

- violação do(s) incisos X e XXVI do artigo 7º da Constituição Federal.

- violação da(o) artigo 462 da Consolidação das Leis do Trabalho; §4º do artigo 30 da Lei nº 9656/1998; artigo 187 do Código Civil.

- divergência jurisprudencial.

O recorrente afirma que a rejeição do pedido de devolução dos descontos efetuados a título de coparticipação no plano de saúde violou o disposto no § 4º do artigo 30 da Lei 9.656/1998, o princípio da intangibilidade do salário e a proibição de descontos não autorizados. Assevera que 'a regra que estipula não ser considerada contribuição a coparticipação do consumidor em procedimentos (Lei 9.656/98, art. 30, § 6º) deve ser amoldada à regra de que o previsto nesse artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados em negociações coletivas (Lei 9.656/98, art. 30, § 4º)' e que '(e)ntre essas vantagens estava a de que não arcarem os trabalhadores com nenhum ônus financeiro'.

Por brevidade, reporto-me à transcrição do acórdão realizada no item 'DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO / Atos Processuais / Nulidade / Negativa de prestação jurisdicional' deste despacho.

Considerando as premissas fático-jurídicas delineadas no acórdão, especialmente as de que 'a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados não deixou de ser observada em virtude de haver uma coparticipação dos empregados', não se vislumbra possível violação literal e direta aos dispositivos da Constituição Federal e da legislação federal invocados, sobretudo porque registrado que 'a norma coletiva apenas veda a cobrança de mensalidades para adesão e manutenção no plano de saúde,

contudo, tal fato não implica dizer que a cobertura deste plano deveria ser total e integral à toda assistência médica e hospitalar, sem qualquer custo adicional aos empregados'.

O recurso de revista não se viabiliza por divergência jurisprudencial porque não há identidade entre a premissa fática delineada no acórdão e aquelas retratadas no aresto paradigma. Afinal, no julgado transcrito foi examinado o texto de norma coletiva diversa da aplicável nos presentes autos. Aplica-se o item I da Súmula 296 do Tribunal Superior do Trabalho.

Ademais, aresto oriundo de Turmas deste Tribunal não enseja o conhecimento do recurso de revista, nos termos do artigo 896, alínea 'a', da Consolidação das Leis do Trabalho.

Denego.

CONCLUSÃO

Denego seguimento" (págs. 16.190-16.196).

Nas razões de agravo de instrumento, o sindicato argumenta que a norma coletiva estabeleceu vantagem aos trabalhadores substituídos quando dispôs sobre o fornecimento de plano de saúde sem nenhum ônus financeiro para os trabalhadores, o que inclui a coparticipação.

Aponta ofensa aos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/98.

Ao exame.

Discute-se nestes autos se a reclamada descumpriu norma coletiva ao contratar para seus empregados plano de saúde na modalidade coparticipativa e realizar descontos a esse título em suas remunerações.

Na fração de interesse, eis o teor do acórdão regional:

"CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM CUSTOS PARA O EMPREGADO E DEVOLUÇÃO DE DESPESAS MÉDICAS

A r sentença indeferiu o pedido de fornecimento de plano de saúde, sem qualquer custeio para os trabalhadores.

Insurge-se o autor, afirmando que as reclamadas firmaram acordos coletivos, por meio do qual se obrigaram a fornecer aos seus trabalhadores um plano de assistência médica empresarial, sem nenhum ônus financeiro para eles. Aduz que as reclamadas descumpriram essa obrigação ao contratarem Plano de Saúde Empresarial Participativo, de modo que obrigaram seus trabalhadores a pagar mensalidades para poderem ter acesso a atendimentos médicos e parte das despesas referentes aos procedimentos.

Alega que cabia exclusivamente ao empregador arcar com os custos decorrentes da contratação dos planos de saúde. Afirma que a contratação de um plano sem custo para os trabalhadores decorreu dos ajustes anteriores, ou seja, das regras que foram instituídas até o ACT 2015/2016 e que aderiram aos contratos individuais de cada empregado.

Postula que a ré Sicoob - Sul seja condenada a devolver aos substituídos todos os valores descontados a título de despesas médicas pagas em decorrência da coparticipação nos planos de saúde. Requer ainda que a citada reclamada contrate com um plano de assistência à saúde na modalidade coletivo empresarial e que o ofereça a seus empregados, sem nenhum custo econômico de qualquer natureza.

Analiso.

O Acordo Coletivo 2013/2014 previa sem sua cláusula décima sexta que (fl. 132):

'CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA

*A partir da assinatura deste instrumento, as **Cooperativas com mais de 2 (dois) anos** de existência **oferecerão** a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, **plano de assistência médica empresarial**, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), **sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.***

Parágrafo Primeiro: As Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a concessão do benefício mediante participação do trabalhador.

Parágrafo Segundo: Este benefício não terá natureza remuneratória.' (grifou-se).

Compulsando os autos, constato que o contrato firmado pelas rés com a Unimed em 2012 (fls. 314/350) estabeleceu uma grande cobertura a diversos atendimentos, internações e procedimentos, sem que fosse necessário qualquer pagamento pelos empregados, havendo uma reduzida gama de atendimentos que exigiam coparticipação.

Observe também que não havia qualquer pagamento para garantir a disponibilidade do plano (fls. 320/335):

'TEMA III - COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

(...).

3.1.1 Cobertura de consultas médicas, em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;

3.1.2 Cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitado pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar;

3.1.3 Cobertura de consulta e sessões com fonoaudiólogo, limitas a 24 (vinte e quatro) consultas ou sessões por ano contratual, desde que solicitadas pelo médico assistente e atendidas as DIRETRIZES DE UTILIZAÇÃO PARA COBERTURA DE PROCEDIMENTOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR constante no ANEXO I DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 25, DE 12 DE JANEIRO DE 2010 e suas atualizações.

(...).

3.1.10. Cobertura de internações hospitalares, vedada a limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas e especializadas, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como o acesso à acomodação em nível superior, sem, ônus adicional na indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou contratados pelo plano.

(...).

10.1.3 FICA ESTABELECIDO A COPARTICIPAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) SOBRE AS DESPESAS DECORRENTES DA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, ABAIXO DESCRITAS, POR PARTE DOS BENEFICIÁRIOS DESTE CONTRATO, ATÉ O LIMITE MÁXIMO DE R\$ 87,00 (OITENTA REAIS) POR CONSULTA, A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO, A SER PAGA PELO CONTRATANTE DIRETAMENTE À CONTRATADA:

Parágrafo único: Haverá coparticipação em consultas com médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, realizadas e consultório e pronto socorro de hospitais em regime ambulatorial.

Esclareço que o artigo 30 da Lei nº 9.656/1998, que versa sobre os planos e seguros privados

de assistência à saúde, dispõe que:

'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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego. (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.'

Diante do citado dispositivo legal, reputo que a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados não deixou de ser observada em virtude de haver uma co-participação dos empregados.

Frise-se que, não obstante possa ter ocorrido eventualmente algum tipo de cobrança a título de coparticipação, ela se mostra plenamente possível, nos termos do § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, nos termos transcritos supra.

Frise-se que a norma coletiva apenas veda a cobrança de mensalidades para adesão e manutenção no plano de saúde, contudo, tal fato não implica dizer que a cobertura deste plano deveria ser total e integral à toda assistência médica e hospitalar, sem qualquer custo adicional aos empregados.

Diante deste fato, coaduna-se esta E. Turma com as conclusões do juízo singular, razão pela qual a r. sentença deve ser mantida.

Prejudicados os pedidos relativos à ultratividade na norma coletiva.

Peço vênia para citar ainda os fundamentos doparquet, que entendeu neste mesmo sentido: (fls. 16.020/16.021)

'Compulsando os autos, observa-se que os acordos coletivos de trabalho, a exemplo do ACT 2015/2016 (ID 4842be8) contêm cláusulas nos seguintes termos:

AUXÍLIO SAÚDE

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - ASSISTÊNCIA MÉDICA A partir da assinatura deste instrumento, as Cooperativas com mais de 2 (dois) anos de existência oferecerão a seus empregados, com contrato por prazo indeterminado, plano de assistência médica empresarial, com padrão aprovado pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sem nenhum ônus financeiro para os referidos funcionários.

Parágrafo Primeiro: As Cooperativas com menos de 2 (dois) anos de existência fica facultada a concessão do benefício mediante participação do trabalhador.

Parágrafo Segundo: Este benefício não terá natureza remuneratória. (destaques acrescidos)

No contrato firmado pelas rés com a Unimed Paraná em 2012 (ID d498a59 e seguintes) verifica-se que a cobertura do plano coletivo empresarial está discriminada no Tema III. Constata-se que várias das obrigações da contratada relativas a atendimentos, internações e procedimentos não exigiam qualquer pagamento pelo empregado, enquanto outros poucos procedimentos exigiam a coparticipação. Ressalte-se que não havia exigência de qualquer pagamento para garantir a disponibilidade do plano.

Nos termos do § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, a coparticipação em determinados procedimentos não pode ser considerada como contribuição do empregado para o custeio do plano:

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.

(...)

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Assim, a despeito das argumentações do sindicato autor, vê-se que as rés cumpriram o pactuado na norma coletiva, na medida em que não há cobrança de qualquer valor para que seus trabalhadores possam dispor do plano de assistência médica. Quanto aos descontos realizados a título de coparticipação, esta está autorizada pelo § 6º do art. 30 da Lei 9.656/1998, conforme já mencionado.

Ademais, as cláusulas previstas nas normas coletivas devem ser interpretadas restritivamente, de acordo com o artigo 114 do Código Civil, que prevê que 'os negócios jurídicos benéficos e a renúncia interpretam-se restritamente'.

Dessa forma, a previsão normativa que impõe à empresa a obrigação de manter plano de saúde aos seus empregados, não deve ser interpretada na obrigação de seu custeio integral.

Pelo exposto, entendo não houve descumprimento das cláusulas dos ACTs, razão pela qual opino pela manutenção da sentença'.

Diante do entendimento deste colegiado, improcedem os pleitos de devolução aos substituídos de todos os valores descontados a título de despesas médicas e de contratação de um plano de assistência à saúde na modalidade 'coletivo empresarial' aos empregados, sem nenhum custo econômico de qualquer natureza para os trabalhadores.

Mantenho' (grifou-se) (pág. 16.052-16.056).

Segundo o Regional, "o contrato firmado pelas rés com a Unimed em 2012 (fls. 314/350) estabeleceu uma grande cobertura a diversos atendimentos, internações e procedimentos, sem que fosse necessário qualquer pagamento pelos empregados, havendo uma reduzida gama de atendimentos que exigiam coparticipação".

Assim, a Corte regional entendeu que "a norma coletiva que impôs às rés a concessão de plano de assistência médica empresarial sem qualquer ônus financeiro aos seus empregados

não deixou de ser observada em virtude de haver uma coparticipação dos empregados", tendo em vista o disposto no art. 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98, uma vez que a norma coletiva vedou apenas a cobrança de mensalidades.

Pois bem.

O plano de saúde coletivo empresarial pode ser contratado com ou sem custos para os empregados. Quando custeados integralmente pela empresa não há cobrança de mensalidade dos empregados, mas estes podem (ou não) ter de arcar com as despesas com consultas ou procedimentos médicos realizados, a depender do contrato firmado entre a empresa e operadora do plano de saúde.

A Lei nº 9.656/98, que regula os planos e seguros privados de assistência à saúde prevê, expressamente, a possibilidade de coparticipação dos beneficiários do plano nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica, e determina que no contrato haja indicação clara do percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário (art. 16, inciso VIII).

Por sua vez, a Resolução nº 8/1998 do Conselho de Saúde Complementar estabelece que:

"Art. 1º (...) § 2º: As operadoras de seguros privados somente poderão utilizar **mecanismos de regulação financeira**, assim entendidos, franquia **ecoparticipação**, sem que isto implique no desvirtuamento da livre escolha do segurado.

Art. 3º. Para efeitos desta regulamentação, entende-se como:

I - [...]

II - "**coparticipação**", a parte efetivamente paga pelo consumidor à operadora de plano ou seguro privado de assistência à saúde e/ou operadora de plano odontológico, referente a realização do procedimento.

Parágrafo único. Nos planos ou seguros de contratação coletiva empresarial custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente em procedimentos, como **fator moderador**, na utilização dos serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para fins do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98"

Por outro lado, o art. 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98 estabelece que **"nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar"**.

Portanto, nos termos da referida lei e da resolução acima citada, a coparticipação consiste em um "fator moderador", um "mecanismo de regulação financeira" que visa a reduzir os custos do plano de saúde.

Maury Ângelo Bottesini, examinando a referida lei, esclarece que:

"a **coparticipação** pode ser definida como um gênero de que a franquia e os limites financeiros das coberturas seriam espécies. A franquia é instituto típico do direito securitário e pode ser vista como um das **medidas inibitórias das condutas descuidadas ou pródigas dos segurados** dos credenciados e referenciados. Sabendo que parte do custo da cobertura do seguro será carregada ao patrimônio do usuário, é certo que ele e seus dependentes serão mais parcimoniosos no uso das coberturas. A contratação de alguma forma e **coparticipação** também implica a **diminuição do custo do seguro ou da mensalidade do plano**".

Com efeito, dados da Associação Brasileira de Planos de Saúde – ABRAMGE dão conta de que os custos das operadoras de planos de saúde têm aumentado significativamente nos últimos anos, seja em razão do elevado número de beneficiários (cerca de 51 milhões), seja pela existência de fraudes e desperdícios no uso do sistema de saúde suplementar, havendo grande preocupação com a sua sustentabilidade no país nos próximos anos. Dos 270 bilhões de reais do faturamento do setor em 2023, o valor total das fraudes e desperdícios representou de 30 a 34 bilhões de reais, com aumento expressivo da taxa de sinistralidade.

A coparticipação, portanto, representa uma forma de se incentivar o mutualismo e permitir que os custos sejam compartilhados entre os beneficiários, o que faz com que, de modo geral, os planos de saúde com coparticipação tenham mensalidades menores.

Em razão do aumento dos custos dos planos de saúde, sabe-se que hoje é **"cada vez menor o número de empresas que custeiam integralmente os planos e seguros de saúde para seus empregados, mesmo os graduados. A par com isso, estimulam os sindicatos e associações a contratar a cobertura que os beneficiam, sem ônus para as empresas"**.

E, de acordo com o art. 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98, no caso dos planos coletivos

custeados integralmente pela empresa, isto é, sem o pagamento de mensalidade por parte dos empregados, a coparticipação não é considerada contribuição.

Nessa linha, esta Corte se orienta no sentido de que a coparticipação paga pelo empregado, em decorrência da realização de procedimentos e consultas médicas, não é considerada contribuição ao plano de saúde.

Nesse sentido são os seguintes precedentes:

"PLANO DE SAÚDE COLETIVO FORNECIDO PELA EMPRESA AOS EMPREGADOS DA ATIVA TAMBÉM AO EX-EMPREGADO DISPENSADO SEM JUSTA CAUSA. AUSÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO PARA CUSTEIO DO PLANO POR PARTE DOS EMPREGADOS. INDEVIDA A MANUTENÇÃO DO BENEFÍCIO. Discute-se, no caso, se ex-empregado dispensado sem justa causa faz jus à manutenção do plano de saúde fornecido pela empresa aos empregados da ativa. Nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656/98, é assegurada a manutenção do plano de saúde ao aposentado, nos mesmos moldes em que usufruía anteriormente à aposentadoria, desde que tenha participado de parte do custeio no curso do contrato de trabalho e assuma integralmente o custeio do plano após a aposentadoria. Por outro lado, **o § 6º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 dispõe que a coparticipação paga pelo empregado, por ocasião da realização de procedimentos, não é considerada contribuição ao plano de saúde.** No caso, pautando-se na premissa fática consignada no acórdão regional de que o reclamante nunca contribuiu para o custeio do plano de saúde, não havendo sequer notícia a respeito de eventual coparticipação, inviável a manutenção do plano coletivo pretendido, em razão do disposto nos artigos 30, § 6º, e 31 da Lei nº 9.656/98. Precedentes. Agravo de instrumento desprovido" (AIRR-744-94.2013.5.18.0201, 2ª Turma, Relator Ministro José Roberto Freire Pimenta, DEJT 17/09/2021).

"RECURSO ORDINÁRIO EM MANDADO DE SEGURANÇA. DECISÃO IMPUGNADA PROFERIDA NA VIGÊNCIA DO CPC DE 2015. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA CONCEDIDA PARA MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE MEDIANTE CUSTEIO INTEGRAL PELA RECLAMANTE. ARTIGO 30 DA LEI Nº 9.656/1998. AUSÊNCIA DE ILEGALIDADE. Não se afigura ilegal ou ofensiva a direito líquido e certo da parte a decisão que, com fundamento no artigo 30 da Lei nº 9.856/1998, determina o restabelecimento do plano de saúde da reclamante e seus dependentes pelo prazo de 24 meses após a rescisão contratual, mediante o custeio integral da despesa, conforme também assegurado pela Resolução nº 279/2011, do Ministério da Saúde. A ausência de comprovação de que o plano de saúde era mantido integralmente pelo empregador, sem a contribuição do empregado, afasta o direito líquido e certo sustentado pela impetrante, diante da jurisprudência desta Corte no sentido de que o direito à manutenção do plano de saúde do empregado demitido pressupõe a contribuição durante a vigência do contrato de trabalho, **não devendo ser considerada como tal a coparticipação do trabalhador em procedimentos médicos e hospitalares.** Além disso, a ausência de comprovação, por meio da prova pré-constituída, de que o plano de saúde era custeado integralmente pela impetrante também obsta o acolhimento da pretensão do mandamus. Recurso ordinário conhecido e desprovido" (Processo: RO - 170-45.2019.5.05.0000 Data de Julgamento: 23/03/2021, Relator Ministro: Renato de Lacerda Paiva, Subseção II Especializada em Dissídios Individuais, Data de Publicação: DEJT 26/03/2021, grifou-se).

"RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO PELA PARTE RECLAMANTE. MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE DOS EX-EMPREGADOS DO BANCO BRADESCO APÓS A APOSENTADORIA. AUSÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO PARA CUSTEIO DO PLANO POR PARTE DOS EMPREGADOS. No caso, as entidades sindicais autoras pretenderam o restabelecimento do plano de saúde para os empregados por ele substituídos, sob as mesmas condições a eles aplicáveis na vigência de seus anteriores contratos de trabalho, mediante o pagamento, pelos substituídos, da integralidade dos custos anteriormente arcados pelo reclamado. A controvérsia cinge-se em saber se o ex-empregado faz jus à manutenção do plano de saúde da empresa após a sua aposentadoria, não obstante não ter participado do seu custeio, assumido integralmente pelo reclamado no curso do contrato de trabalho. Nos termos do artigo 31 da Lei nº 9.656/98, é assegurada a manutenção do plano de saúde ao aposentado, nos mesmos moldes em que usufruía anteriormente à aposentadoria, desde que tenha participado de parte do custeio no curso do contrato de trabalho e assuma integralmente o custeio do plano após a aposentadoria. **Por outro lado, o § 6º do artigo 30 da Lei nº 9.656/98 dispõe que a coparticipação paga pelo empregado, por ocasião da realização de procedimentos, não é considerada contribuição ao plano de saúde.** No caso, pautando-se na premissa fática consignada no acórdão regional, de que os aposentados substituídos nunca contribuíram para o custeio do plano de saúde, tendo apenas ocorrido sua participação em consultas e procedimentos médicos, o que não atende ao requisito previsto em lei, inviável a manutenção do plano coletivo pretendido, em razão do disposto no artigo 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98 (precedentes). Recurso de revista não conhecido" (Processo: RR - 302-94.2015.5.09.0012 Data de Julgamento: 11/12/2018, Relator Ministro: José Roberto Freire Pimenta, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 19/12/2018).

"RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI N.º 13.467/2017. RECLAMADO. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO APÓS A APOSENTADORIA. AUSÊNCIA DE CONTRIBUIÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. Hipótese em que o Tribunal Regional condenou o reclamado à manutenção do plano de saúde do reclamante, consignando, no entanto, que o autor, quando em atividade, não contribuía para o custeio do plano de saúde da empresa, apenas colaborava em regime de coparticipação. A jurisprudência desta Corte Superior entende que é incabível a manutenção do plano de saúde de empregado aposentado que não contribuiu para o seu custeio, valendo ressaltar que **descontos efetivados a título de coparticipação não são considerados como contribuição, nos termos do artigo 30, § 6º, da Lei nº 9.656/98.** Precedentes. Recurso de revista conhecido e provido" (Processo: RR - 1845-15.2017.5.07.0014 Data de Julgamento: 24/03/2021, Relatora Ministra: Maria Helena Mallmann, 2ª Turma, Data de Publicação: DEJT 26/03/2021).

"RECURSO DE REVISTA INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 13.015/2014. MANUTENÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. COPARTICIPAÇÃO. ART. 30 DA LEI Nº 9.656/98. No caso, as contribuições ao plano de saúde eram de responsabilidade exclusiva do empregador, sendo que **a participação do autor se dava na forma de coparticipação, apenas quando realizados procedimentos médicos, assistenciais e hospitalares.** Assim, deve ser mantida a decisão que indeferiu a manutenção do benefício após a extinção do vínculo empregatício, pois em conformidade com o que dispõe o § 6º do art. 30 da Lei nº 9.656/98. Precedentes. Recurso de revista não conhecido" (Processo: RR - 790-33.2015.5.17.0010, data de julgamento: 28/9/2016, Relator Ministro: Alberto Luiz Bresciani de Fontan Pereira, 3ª Turma, data de publicação: DEJT 30/9/2016, grifou-se)

"AGRAVO DE INSTRUMENTO EM RECURSO DE REVISTA DO RECLAMANTE. APELO INTERPOSTO SOB A ÉGIDE DA LEI N.º 13.015/2014. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO APÓS A APOSENTADORIA. NÃO ATENDIMENTO DO REQUISITO PREVISTO NO ART. 31 DA LEI N.º 9.656/1998, RELATIVO À PARTICIPAÇÃO NO CUSTEIO DO PLANO. No que se refere à manutenção do plano de saúde após a aposentadoria, **o Tribunal a quo consignou que 'Não havia participação do Reclamante no custeio do plano, mas apenas no pagamento de 'coparticipação' ou 'franquia em procedimentos', enquadrando-se a hipótese ao disposto no § 1.º do artigo 6.º da Resolução**

Normativa ANS n.º 279/2011' (a fls. 300), concluindo que o empregado, mesmo se aposentando, não tem direito, para si e seus dependentes, a permanecer no plano de saúde nas mesmas condições de coberturas oferecidas na vigência do contrato de trabalho, conforme o que dispõem o art. 31 da Lei n.º 9.656/1998, uma vez que o autor não contribuía para o custeio do plano. Dessa forma, estando o acórdão regional em consonância com a jurisprudência desta Corte, o Recurso de Revista encontra óbice no artigo 896, § 7.º, da CLT e na Súmula n.º 333 desta Corte, descabendo cogitar de violação de lei e/ou da Constituição Federal, bem como de divergência jurisprudencial. Agravo de Instrumento conhecido e não provido" (AIRR - 1849-63.2013.5.09.0652, 4ª Turma, Relatora Ministra Maria de Assis Calsing, DEJT 4/12/2015, grifou-se)

"PLANO DE SAÚDE CUSTEADO INTEGRALMENTE PELA EMPRESA. EMPREGADO COPARTICIPANTE. PERMANÊNCIA NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO APÓS A APOSENTADORIA. ART. 30, § 6º, DA LEI 9.656/98. Preconiza o art. 31 da Lei nº 9.656/98 que, para a manutenção do plano de saúde, a aposentadoria deve ocorrer no curso do contrato de trabalho e que o empregado tenha contribuído por mais de dez anos e assuma o pagamento integral das mensalidades. No caso vertente, o Regional noticia que o reclamante não contribuía para o plano de saúde durante o vínculo empregatício, não tendo direito, assim, à sua manutenção após o término do pacto laboral. **A coparticipação paga pelo empregado em planos de saúde custeados integralmente pela empresa é referente a percentuais calculados sobre procedimentos médicos e, na dinâmica do art. 30, § 6º, da Lei 9.656/98, não é considerada contribuição para efeitos do direito de permanência no benefício após a rescisão contratual.** Ademais, o Regional asseverou não haver prova de que o reclamante se propôs a custear integralmente o plano. Recurso de revista não conhecido." (RR-1488-80.2010.5.01.0003, 6ª Turma, Relator Ministro Augusto César Leite de Carvalho, DEJT 19/12/2013)

Não obstante possa a empresa contratar plano de saúde na modalidade de coparticipação, esse fator moderador deve constar de estipulação expressa no contrato do plano e ser informada com destaque diretamente a cada um dos consumidores, sob pena de não se poder opor a eles essa restrição.

Além disso, a coparticipação do segurado ou do usuário do plano não pode ser tão elevada a ponto de inviabilizar a sua utilização pelo beneficiário, nem pode ser cobrada, em cada mês, em valor superior à mensalidade do plano.

Nesse sentido, precedentes do Superior Tribunal de Justiça:

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. USUÁRIO. COPARTICIPAÇÃO. VALORES PERCENTUAIS. PREVISÃO CONTRATUAL. TRATAMENTO. INTERNAÇÃO. DESNECESSIDADE. LEGALIDADE. SERVIÇOS. FATOR DE RESTRIÇÃO SEVERA. INEXISTÊNCIA. ABUSIVIDADE. AFASTAMENTO.

1. **Os planos de saúde, instituídos com o objetivo de melhor gerir os custos da assistência privada à saúde, podem ser integrais (completos) ou coparticipativos.**

2. O art. 16, VIII, da Lei nº 9.656/1998 permitiu a inclusão de fatores moderadores, paralelos às mensalidades, no custeio dos planos de saúde, como a coparticipação, a franquia e os limites financeiros, que devem estar devidamente previstos no contrato, de forma clara e legível, **desde que também não acarretem o desvirtuamento da livre escolha do consumidor.** Precedente.

3. A adoção da coparticipação no plano de saúde implica diminuição do risco assumido pela operadora, o que provoca redução do valor da mensalidade a ser paga pelo usuário, que, caso utilize determinada cobertura, arcará com valor adicional apenas quanto a tal evento.

4. Os fatores moderadores de custeio, além de proporcionar mensalidades mais módicas, são medidas inibitórias de condutas descuidadas e pródigas do usuário visto que o uso indiscriminado de procedimentos, consultas e exames afetará negativamente o seu patrimônio. A prudência, portanto, figura como importante instrumento de regulação do seu comportamento.

5. Não há falar em ilegalidade na contratação de plano de saúde em regime de coparticipação, seja em percentual sobre o custo do tratamento seja em montante fixo (art. 16, VIII, da Lei nº 9.656/1998), sendo **vedada a instituição de fator que limite seriamente o acesso aos serviços de assistência à saúde, a evidenciar comportamento abusivo da operadora.**

6. A coparticipação em percentual sobre o custo do tratamento é proibida apenas nos casos de internação, e somente para os eventos que não tenham relação com a saúde mental, devendo ser os valores prefixados (arts. 2º, VII e VIII, e 4º, VII, da Resolução CONSU nº 8/1998).

7. O afastamento da cláusula de coparticipação equivaleria a admitir a mudança do plano de saúde para que o usuário arcasse com valores reduzidos de mensalidade sem a necessária contrapartida, o que causaria grave desequilíbrio contratual por comprometer a atuária e por onerar, de forma desproporcional, a operadora, a qual teria que custear a integralidade do tratamento.

8. Agravo interno não provido" (AgInt no AREsp n. 1.695.118/MG, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 3/4/2023, DJe de 13/4/2023, grifou-se)

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO REVISIONAL DE CONTRATO C/C NULIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL E COMPENSAÇÃO POR DANO MORAL. PROTOCOLO PEDIASUIT. PROCEDIMENTO NÃO LISTADO NO ROL DA ANS. COBERTURA PELA OPERADORA. INCIDÊNCIA DA CLÁUSULA DE COPARTICIPAÇÃO PARA ATENDIMENTO AMBULATORIAL. ANÁLISE DA ABUSIVIDADE DO VALOR COBRADO PELA OPERADORA.

1. Ação revisional de contrato c/c nulidade de cláusula contratual e compensação por dano moral ajuizada em 03/11/2017, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 22/02/2022 e concluso ao gabinete em 16/05/2022.

2. O propósito recursal é dizer sobre a abusividade da cobrança de coparticipação pelo tratamento com o protocolo Pediasuit.

3. O protocolo Pediasuit, é, em geral, aplicado em sessões conduzidas por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e/ou fonoaudiólogos, dentro das respectivas áreas de atuação, sem a necessidade de internação ou mesmo da utilização de estrutura hospitalar, enquadrando-se, a despeito de sua complexidade, no conceito de atendimento ambulatorial estabelecido pela ANS.

4. Se a operadora atende à necessidade do beneficiário ao custear o procedimento ou evento, ainda que não listado no rol da ANS, opera-se o fato gerador da obrigação de pagar a **coparticipação, desde que, evidentemente, haja clara previsão contratual sobre a existência do fator moderador e sobre as condições para sua utilização, e que, concretamente, sua incidência não revele uma prática abusiva.**

5. Como não há norma detalhando as condições para a utilização do fator moderador, a serem informadas ao usuário, deve ser considerada suficiente a discriminação prévia do percentual ou do valor devido para cada procedimento ou grupo de procedimentos e eventos em saúde sobre os

quais incidirá a coparticipação - consultas, exames, atendimento ambulatorial, internação, etc. - tendo em conta o efetivamente pago pela operadora ao prestador do serviço.

6. Para que a coparticipação não caracterize o financiamento integral do procedimento por parte do usuário ou se torne fator restritor severo de acesso aos serviços, é possível aplicar, por analogia, o disposto no art. 19, II, "b", da RN-ANS 465/2022, para limitar a cobrança "ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde".

7. Com o fim de proteger a dignidade do usuário frente à incidência dos mecanismos financeiros de regulação, **no que tange à exposição financeira do titular, mês a mês, é razoável fixar como parâmetro, para a cobrança da coparticipação, o valor equivalente à mensalidade paga, de modo que o desembolso mensal realizado por força do mecanismo financeiro de regulação não seja maior que o da contraprestação paga pelo beneficiário.**

8. Hipótese em que deve ser reformado o acórdão recorrido para manter **acoparticipação, limitando o valor pago a cada mês pelo beneficiário ao valor da mensalidade**, até a completa quitação, **respeitado**, quanto ao percentual cobrado por procedimento, **o limite máximo de 50%** do valor contratado entre a operadora de plano de saúde e o respectivo prestador de serviço.

9. Recurso especial conhecido e provido em parte" (REsp n. 2.001.108/MT, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 3/10/2023, DJe de 9/10/2023, grifou-se).

No caso dos autos, a norma coletiva em discussão estabeleceu que as cooperativas com mais de dois anos de existência ofereceriam aos seus empregados plano de assistência médica empresarial **"sem nenhum ônus financeiro"** para os empregados.

Todavia, extrai-se do acórdão regional que a reclamada contratou plano de saúde, mas realizou descontos na remuneração dos empregados a título de coparticipação e também a título de mensalidade. Quanto aos valores de mensalidade cobrados, o Regional julgou procedente a demanda para condenar a reclamada à devolução dos descontos respectivos, mas, em relação aos valores descontados a título de coparticipação, entendeu haver permissivo legal.

Em primeiro lugar, é importante salientar que a jurisprudência desta Corte, que entende que a coparticipação não é custeio (arestos anteriormente indicados), refere-se a casos em que se discute manutenção do plano de saúde após aposentadoria ou dispensa do empregado.

No caso destes autos, a discussão é outra. O que está em análise é a cobrança de coparticipação em contrariedade ao que a norma coletiva fixou.

Há, portanto, clara distinção em relação à jurisprudência desta Corte.

Em segundo lugar, quando a Lei nº 9.656/98, no seu art. 30, § 6º, diz que a coparticipação não é contribuição, ela está tratando dos consumidores em geral e não daqueles empregados que tiveram o benefício concedido por meio de norma coletiva.

Tanto é assim, que o § 4º do referido dispositivo legal prevê que *"o direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho"*.

Nesse aspecto, a doutrina alerta que *"embora de óbvia compreensão, é preciso anotar que a exceção prevista neste § 6º do art. 30 deixa de ter incidência se o plano custeado integralmente pela estipulante fizer parte de convenção coletiva de trabalho, quando então a questão se norteará pelos demais dispositivos do art. 30 da Lei 9.656"*.

Participação significa divisão do custeio com o beneficiário, ao passo que a coparticipação se refere ao custo, às despesas da utilização dos serviços e produtos oferecidos pelo plano.

Por outro lado, ônus financeiro é um conceito mais abrangente, que envolve não apenas a participação (mensalidade), mas também a coparticipação, não sendo razoável supor que o acordo coletivo de trabalho, ao dizer "sem nenhum ônus" tenha se referido apenas à cobrança de mensalidade.

Se desejasse incluir a coparticipação para as cooperativas com mais de dois anos a norma coletiva o teria feito, como fez, aliás, para as cooperativas com menos de dois anos de existência, em relação às quais a norma facultou "a participação" dos empregados, autorizando a cobrança de mensalidade.

A especificidade do acordo coletivo, que pode pactuar questões peculiares existentes em cada empresa, é que o torna tão vantajoso para os empregados. Assim, não há como entender que o sindicato autor, no caso em exame, tenha pretendido pactuar ajuste em desfavor dos empregados substituídos.

A interpretação da norma coletiva deve ser restritiva e se ater aos exatos termos do pacto firmado e, neste caso, o pacto firmado não permite concluir que os empregados arcariam com o ônus da utilização do plano.

Dizer que a norma isentou os empregados do pagamento apenas da mensalidade do plano (custeio) é dar a ela interpretação que não se extrai do seu texto, ampliando o seu alcance para além do que as partes convencionaram.

Logo, ao se entender como fez o Regional, que o acordo coletivo vedou apenas a cobrança de mensalidade (mas não de coparticipação) para as cooperativas existentes a mais de dois anos, estar-se-á dando à norma coletiva interpretação ampliativa para dizer, ou supor, que a norma disse mais do que ela, de fato, disse, em prejuízo dos empregados.

Tratando-se de norma coletiva mais benéfica, pelo princípio da força obrigatória, esta deve prevalecer sobre a norma heterônoma (art. 30, § 4º, da Lei nº 9.656/98) em respeito à autonomia da vontade coletiva, que tem assento no art. 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal.

Importante, ainda, salientar que, de acordo com o art. 110 do Código Civil, *"a manifestação de vontade subsiste ainda que o seu autor haja feito a reserva mental de não querer o que manifestou, salvo se dela o destinatário tinha conhecimento"*.

Ora, se a cooperativa, ao firmar o ajuste coletivo com o sindicato da categoria não declarou, expressamente, que pretendia dividir com os beneficiários o custo das consultas médicas e procedimentos que viessem a ser realizados e fez a opção, voluntária ou não, de guardar para si essa sua real intenção, manifestando uma falsa declaração de vontade, o negócio jurídico (a norma coletiva) é válido nos termos em que celebrado, sem se considerar a reserva mental da cooperativa, uma vez que essa sua intenção de contratar plano de saúde com coparticipação não era conhecida do sindicato nem dos empregados, que acreditavam que os beneficiários estariam isentos de qualquer ônus financeiro, diga-se, qualquer custo, e não apenas a mensalidade.

Por todo o exposto, o Regional, ao julgar improcedente o pedido de devolução dos valores descontados a título de despesas médicas, pagos em decorrência da coparticipação no plano de saúde contratado pela cooperativa, violou os artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/98.

Cito, por oportuno, o seguinte precedente de Turma desta Corte, envolvendo o mesmo sindicato e a mesma norma coletiva em discussão nestes autos, e em que se manteve o acórdão regional que determinou a devolução dos descontos realizados a título de mensalidade e de coparticipação:

"PLANO DE SAÚDE. PROIBIÇÃO DE QUALQUER ÔNUS FINANCEIRO AOS FUNCIONÁRIOS. PREVISÃO EM NORMA COLETIVA. DEVOLUÇÃO DOS DESCONTOS REALIZADOS INDEVIDAMENTE. Hipótese em que o Tribunal Regional manteve a decisão que determinou a restituição de todos os descontos relacionados ao custeio de plano de saúde, efetuados durante a vigência das normas coletivas. Fundamentou que **a Cláusula 16 do ACT, repetida nas normas coletivas posteriores, é clara quanto à ausência de ônus financeiros aos empregados, o que exclui a possibilidade de qualquer tipo de desconto, inclusive de custeio de consultas e exames**. Nesse aspecto, deve-se privilegiar a norma coletiva que isentou os funcionários de qualquer ônus financeiro em relação ao plano de assistência médica, nos termos do art. 7.º, XXVI, da CF. Correta a decisão que determinou a devolução dos descontos realizados indevidamente. Agravo de instrumento a que se nega provimento. " (AIRR-1377-29.2017.5.09.0068, 2ª Turma, Relatora Ministra Maria Helena Mallmann, DEJT 07/06/2024, grifou-se).

Diante desses fundamentos, **dou provimento** ao agravo de instrumento por possível violação dos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998, para determinar o processamento do recurso de revista.

RECURSO DE REVISTA

NORMA COLETIVA. PREVISÃO DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE SEM NENHUM ÔNUS FINANCEIRO PARA OS EMPREGADOS. DESCONTOS REALIZADOS A TÍTULO DE COPARTICIPAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. ARTIGO 30, § 4º, DA LEI Nº 9.656/1998. PREVALÊNCIA DA AUTONOMIA DA VONTADE COLETIVA. ART. 7º, INCISO XXVI, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

I – CONHECIMENTO

Nos termos dos fundamentos expendidos anteriormente, **conheço** do recurso de revista por violação dos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998.

II – MÉRITO

Como consequência do conhecimento do recurso de revista por violação dos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998, **dou-lhe provimento** para julgar procedente o pedido inserto na parte final do item “b” do rol de pedidos elencados na petição inicial (pág. 34) e condenar a reclamada a devolver aos substituídos nesta demanda todos os valores descontados em folha de pagamento a título de coparticipação no plano de saúde.

ISTO POSTO

ACORDAM os Ministros da Terceira Turma do Tribunal Superior do Trabalho, por unanimidade: dar provimento ao agravo apenas quanto ao tema “Norma coletiva. Previsão de contratação de plano de saúde sem nenhum ônus financeiro para os empregados. Devolução de descontos realizados a título de coparticipação. Artigo 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998. Prevalência da autonomia da vontade coletiva. Art. 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal”, para análise do agravo de instrumento; dar provimento ao agravo de instrumento, por possível violação dos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998, para determinar o processamento do recurso de revista; conhecer do recurso de revista por violação dos artigos 7º, inciso XXVI, da Constituição Federal e 30, § 4º, da Lei nº 9.656/1998 e, no mérito, dar-lhe provimento para julgar procedente o pedido inserto na parte final do item “b” do rol de pedidos elencados na petição inicial (pág. 34) e condenar a reclamada a devolver aos substituídos nesta demanda todos os valores descontados em folha de pagamento a título de coparticipação no plano de saúde.

Brasília, 18 de junho de 2025.

Firmado por assinatura digital (MP 2.200-2/2001)

JOSÉ ROBERTO FREIRE PIMENTA

Ministro Relator

Firmado por assinatura digital em 23/06/2025 pelo sistema Assinejus da Justiça do Trabalho, conforme MP 2.200-2/2001, que instituiu a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira.