



Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

A ILEGALIDADE DA CONTRATAÇÃO DE NOVO PLANO DE SAÚDE PRIVADO  
PARA EX-EMPREGADOS CONTRIBUINTES DE PLANO COLETIVO

Joana Cortez das Dores

Rio de Janeiro  
2016

JOANA CORTEZ DAS DORES

A ILEGALIDADE DA CONTRATAÇÃO DE NOVO PLANO DE SAÚDE PRIVADO  
PARA EX-EMPREGADOS CONTRIBUINTES DE PLANO COLETIVO

Artigo Científico apresentado à Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, como exigência para obtenção do título de Pós-Graduação *Lato Sensu* da Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Ubirajara da Fonseca Neto

Rio de Janeiro  
2016

## A ILEGALIDADE DA CONTRATAÇÃO DE NOVO PLANO DE SAÚDE PRIVADO PARA EX-EMPREGADOS CONTRIBUINTE DE PLANO COLETIVO

Joana Cortez das Dores

Graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC-RIO. Advogada.

**Resumo:** Uma das funções do Poder Judiciário é declarar a existência de normas infra legais incompatíveis com o nosso ordenamento, principalmente quando estas normas interferem em princípios fundamentais presentes na Constituição Federal. Nesse sentido, o debate doutrinário é uma das fontes mais importantes quando há conflito de normas, utilizando princípios e outras fontes do Direito, chegando, assim, a uma resolução que reequilibre o ordenamento jurídico. O objetivo deste trabalho é justamente questionar, através da Lei de Plano de Saúde e dos princípios consumeristas, a legalidade art. 13, da Resolução 279, da Agência Nacional de Saúde Suplementar que possibilita a criação de novo plano, para os ex-empregados usuários de plano de saúde coletivo contratado pelo empregador. Este estudo também possibilita a reflexão sobre a responsabilização da empresa de plano de saúde, em conjunto com a pessoa jurídica do empregador, ao enquadrar os ex-funcionários em um plano diferenciado dos funcionários ativos.

**Palavras-chave:** Direito do Consumidor, Plano de Saúde Coletivo, Lei de Plano de Saúde, Resolução 279 ANS

**Sumário:** 1. O Plano de Saúde Coletivo. Sua Legislação a regulamentação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor; 2. O confronto do art. 13 da Resolução 279 da ANS com Princípios Consumeristas e a Lei de Plano de Saúde; 3. A possibilidade de responsabilização das Empresas de Plano de Saúde do Empregador pelo enquadramento do ex-empregado em um novo plano. Conclusão. Referências.

### INTRODUÇÃO:

A presente pesquisa científica analisa a prática ilegal por parte das operadoras de planos de saúde coletivos na criação de planos privados para ex-empregados.

Procura-se, neste trabalho, demonstrar que o art. 13 da Resolução 279 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que permite a criação de planos privados para ex-empregados beneficiários do plano de saúde coletivo, confronta não só a Lei n. 9.656/98, que dispõe sobre o serviço de plano de saúde, mas, também, os princípios consumeristas.

Para tanto, além do exame através de conceitos doutrinários, serão abordadas as posições jurisprudenciais a respeito do tema de modo a conseguir identificar a ilegalidade da Resolução 279 da ANS.

A importância da discussão deste tema vem crescendo na mesma proporção do aumento do número de serviços de planos de saúde coletivos fornecidos no Brasil. Esses serviços têm mais de 60 anos de existência e representam, atualmente, o principal acesso da população à assistência médica-hospitalar privada, por conta do menor custo, se comparados com os planos individuais, tendo em vista que os próprios empregadores custeiam integralmente, ou parcialmente, o valor da sua mensalidade.

O legislador, com o objetivo de os usuários do plano de saúde coletivo não ficarem desamparados no momento da dispensa, dispôs nos arts. 30 e 31, da Lei n. 9.656/98, a possibilidade da continuação da assistência médica nas mesmas condições vigentes à época do contrato de trabalho, desde que o ex-empregado demitido sem justa causa contribua com a integralidade do plano.

No entanto, com a criação da Resolução 279, pela ANS, os empregadores, em conjunto com as operadoras de planos, vislumbraram a possibilidade de migrarem os ex-empregados para um novo plano, criando um plano de saúde privado para ex-funcionários, onde a fixação de preço é diferenciada dos funcionários ativos. Esta medida elevou substancialmente o valor das mensalidades, o que, muitas vezes, acarreta o cancelamento do serviço por parte do usuário, esvaziando os objetivos da lei.

Desta forma, o presente trabalho permite, através de uma análise da Lei de Plano de Saúde, conjugado com os princípios consumeristas, chegar a conclusão de que o art. 13 da Resolução nº 279 da ANS, que permite a criação de novos planos para ex-empregados que optaram por continuar a utilizar o serviço, é uma medida ilegal, devendo ser rechaçada pelo ordenamento jurídico pátrio.

Pretende-se, ainda, debater a possibilidade da responsabilização das empresas de plano de saúde, em conjunto com a pessoa jurídica do empregador, pelo enquadramento dos ex-empregados em um novo plano, sem as mesmas condições de fixação de preço para os empregados ativos.

Inicia-se o primeiro capítulo do trabalho traçando um breve histórico dos planos de saúde coletivos, de forma a esclarecer como este tipo de serviço está sendo regulado, atualmente, pela ANS, tentando apontar, também, a inafastabilidade do Código de Defesa do Consumidor na relação entre a operadora do plano coletivo e o ex-empregado, muito embora seja um benefício oriundo da relação de emprego.

Após a ambientação realizada no primeiro capítulo, segue o segundo capítulo descrevendo o art. 13 da Resolução 279 da ANS, com as consequências e os impactos para os ex-empregados usuários do plano de saúde coletivo, contrapondo-as com o disposto na Lei de

Plano de Saúde e os princípios consumeristas. Ao final do capítulo, se chegará a conclusão que criação de um novo plano diferenciado, para os funcionários dispensados sem justa causa, chancelada pelo art. 13 da Resolução da ANS, é uma prática que contraria o ordenamento jurídico, e, por esta razão, deve ser tido como ilegal.

O terceiro e último capítulo destinam-se a examinar se é possível responsabilizar a empresa de plano de saúde em conjunto com a empresa empregadora, pelo enquadramento do ex-empregado nesse novo plano, mesmo havendo a Regulamentação pela ANS que autorize tal prática.

A pesquisa que se pretende realizar seguirá a metodologia bibliográfica, de natureza descritiva – qualitativa e o posicionamento atualizado da jurisprudência dos Tribunais.

## 1. O PLANO DE SAÚDE COLETIVO. SUA LEGISLAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO PELA ANS E A APLICABILIDADE DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Segundo a Agencia Nacional das Administradoras de Benefício<sup>1</sup>, os planos de saúde coletivos nasceram na década de 50, como consequência do crescimento industrial no Brasil. As empresas precisavam atrair os trabalhadores da zona rural concedendo-lhes incentivos que melhorassem as suas condições de vida. O serviço público de saúde, por sua vez, não era suficiente para atender esta demanda. Sendo assim, a solução adotada pelas empresas foi a criação dos planos coletivos, para assegurar assistência médica aos empregados e a seus familiares. A ideia deu certo, tornando a assistência médica para os trabalhadores um dos mais importantes benefícios da relação empregatícia, sendo que esta experiência inspirou a criação dos planos de saúde individuais e familiares em meados dos anos 70.

Com o crescimento deste tipo de serviço foi necessária a criação de uma lei para sua regulação. Após um processo legislativo turbulento foi aprovada a Lei n 9.656, em 03 de junho de 1998<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Site Agencia Nacional das Administradoras de Benefício. Disponível em: <[http://www.anab.com.br/Downloads/guia\\_anab\\_2014\\_\\_1\\_.pdf](http://www.anab.com.br/Downloads/guia_anab_2014__1_.pdf)> . Acesso em: 04 set. 2016

<sup>2</sup> BRASIL. Lei n. 9.656 de junho de 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm)> Acesso em: 04 set. 2016

Para Adalberto Pasqualotto<sup>3</sup>, a Lei de Plano de Saúde foi importante na modificação do sistema legal, normativo e fiscalizador, da assistência privada à saúde, pois além de organizá-lo definiu a natureza das operadoras e as modalidades de atuação. A Lei também criou órgãos de controle, porém, manteve a competência ambígua do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e a Superintendência de Seguros Privados- SUSEP.

Com a alteração da Lei de Plano de Saúde, em 2001, foi retirada qualquer ingerência da SUSEP e do CNSP. Hoje o setor é fiscalizado e normatizado, exclusivamente, pelo Ministério da Saúde, através do Conselho de Saúde Suplementar- CONSU e da Agencia Nacional de Saúde Suplementar- ANS, criada pela Lei 9.961 de 2000<sup>4</sup>.

De acordo com a Lei 9.961/2000, que instituiu a ANS, caberia a esta autarquia caracterizar os regimes e tipos de contratação, advindo, assim, a Resolução Normativa nº 195<sup>5</sup>, sendo que antes estas regras estavam previstas pela Resolução do CONSU nº 14<sup>6</sup>.

Segundo Luiz Celso Dias Lopes, a regulamentação definitiva pela ANS manteve três tipos de contratação já previstos no CONSU nº 14. Embora mantidas pela ANS, houve mudança quanto aos seus conceitos e regras<sup>7</sup>.

O primeiro tipo é o plano individual, ou familiar, contratado por pessoa física, podendo ou não contemplar o grupo familiar. O segundo é o plano de saúde coletivo empresarial no qual uma pessoa jurídica contrata um serviço de assistência à saúde para os seus funcionários, transformando-o em um benefício decorrente da relação de emprego. E, por último, o plano coletivo por adesão que se limita a prestar cobertura as pessoas vinculadas a sindicatos ou associações.

A ANS e a Lei n. 9.656/98 regulam tanto os planos individuais como os planos coletivos, porém, os reajustes anuais do serviço dos planos de saúde coletivos não são definidos pela Agência, sendo o índice determinado a partir de uma negociação entre a pessoa jurídica

---

<sup>3</sup>PASQUALOTTO, Adalberto, Saúde e Responsabilidade, 1999. In: LOPES, Luiz Celso Dias. *Plano de Saúde Aspectos Jurídicos e Econômicos*. Rio de Janeiro: Forense 2013. p. 288

<sup>4</sup> BRASIL. Lei n. 9.961 de janeiro de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm)> Acesso em: 27 set. 2016

<sup>5</sup> BRASIL. Agencia Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Resolução n. 195, de 14 de julho de 2009. *Dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task.>>. Acesso em: 27 set. 2016

<sup>6</sup> BRASIL. Conselho de Saúde Suplementar – Consu. Resolução n.14 de 04 de novembro de 1998. *Dispõe sobre a definição das modalidades de planos ou seguros sob o regime de contratação individual ou coletiva, e regulamenta a pertinência das coberturas às doenças e lesões preexistentes e a exigibilidade dos prazos de carência nessas modalidades*. Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=298](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=298)>. Acesso 28 set. 2016

<sup>7</sup> LOPES, Luiz Celso Dias. *Plano de Saúde Aspectos Jurídicos e Econômicos*. Rio de Janeiro: Forense 2013. p. 290

contratante e a operadora de plano de saúde, conforme as normas contratuais estabelecidas por estas duas partes.

Ainda que a ANS não estabeleça o índice de reajuste anual dos planos coletivos, se aplicam aos planos coletivos as mesmas regras e operações dos planos individuais, como, por exemplo, a cobertura assistencial obrigatória.

A Lei n. 9.656/98 também normatiza os planos de saúde coletivos<sup>8</sup>, principalmente em seus art. 30 e 31 que estabelecem o direito à manutenção do serviço de plano de saúde após a dispensa do empregado.

Estes dispositivos da lei garantem a continuidade do serviço aos trabalhadores usuários do plano de saúde que encerrarem o contrato de trabalho (emprego). Determinam, ainda, a manutenção das mesmas condições de cobertura assistencial que possuíam quando vigorava o vínculo empregatício, de maneira a não ficarem desamparados da assistência médica no momento da perda do emprego.

Observe-se que a Lei de Plano de Saúde estabeleceu de forma diversa esta garantia. Para os empregados dispensados sem justa causa, a continuidade do serviço é proporcional ao tempo de trabalho, assegurando um mínimo de seis e no máximo de vinte e quatro meses, conforme o disposto no art. 30 da Lei. Já para os empregados aposentados dispensados sem justa causa, a cobertura do plano é vitalícia, desde que o aposentado tenha contribuído por mais de dez anos para o plano de saúde, de acordo com art. 31.

Deve ficar claro que mesmo que a aposentaria tenha sido concedida ao empregado antes da dispensa sem justa causa, deve-lhe ser assegurado o direito a permanência vitalícia do serviço oferecido por seu empregador.

Caso o funcionário aposentado não tenha contribuído por mais de dez anos, ele não terá direito ao serviço de forma vitalícia, sendo enquadrado no art. 30, ou seja, terá o plano de saúde pelo período proporcional ao tempo de trabalho.

Os dois artigos (que tratam do tema) são taxativos quanto à forma da dispensa. A rescisão contratual deve ser, sempre, imotivada, ou sem justa causa, surgindo, daí, um segundo requisito comum aos empregados aposentados e não aposentados: a contribuição destinada ao plano de saúde deve ser conjunta com a pessoa jurídica.

---

<sup>8</sup> O art. 30 e 31 da Lei nº 9656/98 regulamentam os planos de saúde coletivos empresariais, que são aqueles que oferecem cobertura as pessoas vinculadas ao empregador.

Há um entendimento na jurisprudência de que esta contribuição não precisaria ser pecuniária, podendo, o empregado, ter contribuído com sua força de trabalho.<sup>9</sup>

Esta interpretação dá margem para que todo empregado tenha direito ao plano de saúde após a dispensa sem justa causa, pois como se trata de plano coletivo oriundo do vínculo empregatício, é claro que o beneficiário do plano contribuiu com sua força de trabalho, se tornando, assim, um pagamento salarial indireto.

Outras questão importante, é que a lei impõe que o trabalhador se responsabilize pelo pagamento integral da mensalidade, ou seja, o empregador não irá mais auxiliar com o custeio do serviço de plano de saúde, isso porque, não existe mais vínculo de emprego. Surge, aqui, o terceiro requisito.

Sendo assim, para que o empregado continue no serviço do plano de saúde, ele precisa cumprir os seguintes requisitos legais: a) que a dispensa não tenha sido por justa causa; b) ter contribuído com o serviço de plano de saúde; e, c) assumir o valor integral do plano.

Portanto, a Lei n. 9.656/98 e as normas regulamentadoras da ANS cuidam para que os beneficiários do plano de saúde coletivo tenham o direito a um serviço essencial, no intuito de se preservar o bem-estar do indivíduo, conforme previsto e garantido pela nossa Constituição.

Se questiona a aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor<sup>10</sup> nos planos de saúde coletivos, pois, como já visto, o empregado não é parte contratante deste serviço.

Neste ponto, deve ser observado que o empregado continua sendo o destinatário final do serviço de assistência à saúde, para o qual contribuiu, seja através do seu trabalho, ou financeiramente, em conjunto com o empregador. De qualquer forma o trabalhador se enquadra no art. 2º do CDC, como consumidor.

Observa-se que a própria Lei n. 9.656/98, no art. 30 e 31, intitula os usuários do serviço de plano de saúde empresarial como consumidores justamente para reafirmar que se trata de uma relação de consumo. Além disto, dispõe, no seu art. 35- G, que o CDC se aplica, subsidiariamente, nos contratos entre os usuários e operadoras de planos de saúde.

A posição de Karyna Rocha Mendes<sup>11</sup> de que o CDC deve prevalecer perante a Lei de Plano de Saúde, quando for mais favorável ao consumidor, e não somente de forma subsidiária,

---

<sup>9</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Décima Câmara de Direito Privado Apelação Civil n. 4007343-68.2013.8.26.0019. Relator Des. Carlos Alberto Garbi. 11 de agosto de 2015; Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Segunda Turma Recursal. Recurso Inominado n. 0405704-33.2014.8.19.0001, Rel. Alexandre Pimentel Cruz. .24 de julho de 2015; Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Terceira Câmara Civil. Agravo de Instrumento n. 2013.016842-9. Relator Des. Marcus Tulio Sartorato. 15 de Julho de 2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>>. Acesso em 27 set. 2016.

<sup>10</sup> BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm)>. Acesso em: 4 out. 2016

<sup>11</sup> MENDES, Rocha Karyna. *Curso de Direito da Saúde*. São Paulo: Saravia 2013. p. 634



na atual conjuntura, parecer se a posição que melhor protege o consumido, principalmente após a redação da Sumula nº 469 do STJ que estabelece que aos contratos de plano de saúde se aplicam o Código de Defesa do Consumidor.<sup>12</sup>

Porém, a situação é diversa no caso de empregado na ativa, sendo certo que incidem, também, nesta hipótese, as normas da legislação trabalhista. Como as duas normas têm em sua essência igualar a relação jurídica, quando há uma maior vulnerabilidade da outra parte (trabalhador/consumidor), poderá ser facilmente aplicado o CDC em conjunto com a CLT.

De qualquer ângulo que se enfrente o tema dos planos de saúde coletivos, o Código de Defesa do Consumidor está para auxiliar ou para exercer plenamente a sua força, quando houver alguma ilegalidade por parte do fornecedor de serviço.

## 2. O CONFRONTO DO ART. 13 DA RESOLUÇÃO 279 DA ANS COM OS PRINCÍPIOS CONSUMERISTAS E A LEI DE PLANO DE SAÚDE.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS é o órgão responsável pela fiscalização e regulamentação do setor de assistência de saúde privada.

Diante da função que lhe é conferida pela Lei n. 9.961/00, a ANS regulamentou os direitos previstos nos artigos 30 e 31 da Lei de Plano de Saúde, por meio da Resolução Normativa 279/2011, revogando a Resolução do CONSU nº 20 e 21 de 7 de abril de 2009.

A RN. 279/2011<sup>13</sup> estabeleceu em seu art. 13 que o contratante ou estipulante (empregador) teria uma opção de manter o mesmo plano de assistência privada aos ex-empregados demitidos sem justa causa e aposentados, ou contratar um plano privado de assistência à saúde, exclusivo para esta categoria, separando o plano dos empregados ativos.

Art. 13º. Para manutenção do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado como beneficiário de plano privado de assistência à saúde, os empregadores poderão:

---

<sup>12</sup>BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Sumula nº 469: Código de defesa do consumidor é aplicável a contratos de planos de saúde. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/sumulas>> Acesso em: 04 out. 2016

<sup>13</sup> BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Resolução n. 279 de 24 de novembro de 2011. *Dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e revoga as Resoluções do CONSU nºs 20 e 21, de 7 de abril de 1999.* Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao>> Acesso em: 4 out. 2016

I - manter o ex-empregado no mesmo plano privado de assistência à saúde em que se encontrava quando da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria; ou

II - contratar um plano privado de assistência à saúde exclusivo para seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, na forma do art. 17, separado do plano dos empregados ativos.

Parágrafo único. Excepcionalmente quando o plano dos empregados ativos possuir formação de preço pós-estabelecida na opção rateio, os empregadores obrigatoriamente deverão oferecer plano na modalidade do inciso II deste artigo aos seus ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.<sup>14</sup>

Segundo a RN, o empregador pode contratar um plano privado para funcionários dispensados sem justa causa, ou aposentados, mediante a celebração de contrato com a mesma operadora, exceto se for um plano de saúde na modalidade de autogestão.

Neste último caso (autogestão), se a operadora não quiser administrar o plano na modalidade privada para os ex-empregados, poderá ser contratada uma outra operadora (art. 17 da RN 279).

A contratação de um plano separado dos funcionários ativos, na maioria dos casos, acarreta um aumento no valor da mensalidade, e por esta razão, foi dada a opção prevista no parágrafo único, do art. 18, da RN 279/2011, de o empregador contratar outro plano privado para os funcionários ativos, com condições de cobertura assistencial diferenciada, mas com o preço da mensalidade menor ou igual, ou ao que o ex-empregado contribuía na época do contrato de trabalho, cabendo ao funcionário a escolha de qual plano melhor atende as suas condições.

A RN 279/2011 admite a possibilidade de o funcionário inativo ter um plano diferenciado dos funcionários ativos, o que vai de encontro com a Lei do Plano de Saúde que deixa claro que o plano deve ser nas “nas mesmas condições de cobertura assistencial” da época em que vigorava a relação empregatícia.

De acordo com o autor Luiz Celso Dias Lopes<sup>15</sup>, a Resolução nº 279 acabou com o questionamento do alcance da expressão “mesmas condições de cobertura assistencial”, pois limitou para: (a) a mesma segmentação e cobertura, ou seja, se é hospital, ambulatorial, ou ambas; (b) semelhante relação de prestadores de serviço, como, por exemplo, hospitais e médicos credenciados; (c) padrão de acomodação; (d) área geográfica, isto é, se municipal,

---

<sup>14</sup> BRSIL. ANS. Resolução nº 279 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre a regulamentação dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao>> . Acesso em: 21 set. 2016

<sup>15</sup> LOPES, Luiz Celso Dias. Op., cit., p. 295

regional, nacional; (e) mesmo fator moderador, ou seja, se é, por exemplo, franquia e/ou coparticipação, não se confundindo com o mesmo valor ou prêmio.

Ousamos discordar de Luiz Lopes, no que diz respeito aos valores, sendo que este tema ainda é questionado nos tribunais, como veremos a seguir.

A Lei de Plano de Saúde é expressa quanto ao valor da mensalidade após a dispensa ou aposentadoria, devendo corresponder à integralidade do plano. O Superior Tribunal de Justiça já consolidou o entendimento de que a integralidade do plano corresponde a contribuição do ex-funcionário usuário do serviço, mais a contribuição patronal<sup>16</sup>.

O Ministro Relator Raul Araújo, no julgamento do Resp. 531370<sup>17</sup>, considerou que o espírito da lei que regula a assistência do plano de saúde é garantir ao trabalhador/consumidor aposentado que contribui por mais dez anos, a continuidade do benefício, com o objetivo de ampará-lo na demissão, sem que necessite contratar novo plano até porque, em razão da idade, um novo serviço representará valores elevados, além dos longos períodos de carência.

Como a RN 279/2011 autoriza o ex-empregador escolher um plano privado para os funcionários inativos, irá provocar a necessidade da realização de novo cálculo atuarial, diferenciando os valores daquele antigo plano, constituindo, conseqüentemente, um novo plano de saúde.

Atenta-se que a própria RN 279/2011 reconhece a possibilidade do aumento do valor da mensalidade, e, para isso, prevê no art. 18 a alternativa de o empregador contratar um novo plano com o valor do serviço igual o inferior ao da época do contrato de trabalho, mas com segmentação, padrão de acomodação, área geográfica e fator moderador, diferentes do plano dos ativos, incumbindo ao ex-funcionário a escolha entre pagar o plano mais caro com as mesmas condições, ou um plano com a mensalidade igual ao antigo, mas com cobertura diferenciada.

---

<sup>16</sup>DIREITO CIVIL. PLANO DE SAÚDE. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EMPREGADO DEDITO, APOSENTADO POSTERIORMENTE. PRETENSÃO DE MANTER-SE COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO. 1. - O empregado demitido que vem a se aposentar posteriormente pode ser mantido como beneficiário do plano de saúde coletivo fornecido pela empresa aos seus funcionários, nas mesmas condições de cobertura existentes quando da vigência do contrato de trabalho, desde que ainda não tenha havido extinção regular da cobertura e que assuma o pagamento integral da prestação, correspondente à sua contribuição mais a contribuição patronal. 2. - Recurso especial provido. (BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. Recurso Especial n. 1431723 SP 2014/0015879-0. Relator: Ministro Sidnei Beneti. 27 de maior de 2014. Disponível em: < <http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/>> Acesso em 27 set. 2016)

<sup>17</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Quarta Turma. Recurso Especial n.531370/SP . Relator Ministro Raul Araújo. 07 de agosto de 2016. Disponível em:<<http://www.stj.jus.br/SCON/jurisprudencia/processo531370>> Acesso em: 29 set. 2016

Deve ser lembrado que a ANS é um agência reguladora, isto é, uma autarquia submetida ao regime especial, tendo, por conseguinte, o poder normativo técnico. Isto significa que essas autarquias podem editar normas técnicas, complementando as de caráter geral.

Nos ensinamentos do professor José dos Santos Carvalho Filho<sup>18</sup>, em cada caso é necessário verificar se a norma regulamentadora foi editada no exercício do poder normativo técnico, ou, ao contrário, se foi baixada de forma abusiva, desrespeitando os parâmetros que a lei determinou.

Percebe-se, assim, que a RN 279/2011 ao autorizar a contratação de um plano privado exclusivo para os funcionários inativos, acabou fazendo previsões que se sobrepõem a Lei de Plano de Saúde. Este tem sido o entendimento, por sinal, já adotado por alguns dos nossos Tribunais, como por exemplo, nos julgados abaixo:

PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde coletivo. Aposentado que pretende sua manutenção, bem como a de seus dependentes e agregada, em plano de saúde nas mesmas condições existentes no período em que possuía vínculo empregatício. Preenchimento dos requisitos do art. 31 da Lei nº 9.656/98. Inaplicabilidade da Resolução Normativa nº 279 da ANS. Inclusão em recém-criado plano de inativos. Ilegalidade. Enunciado 36 da 3ª Câmara de Direito Privado. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.<sup>19</sup>

PLANO DE SAÚDE OBRIGAÇÃO DE FAZER Art. 31 da Lei 9.656/98 Deve ser assegurado ao funcionário aposentado e sua esposa, a permanência no plano de saúde coletivo mantido pela ex-empregadora, com o qual contribuiu por mais de dez anos, desde que haja assunção da cota patronal Hipótese que se subsume ao disposto no art. 31 da Lei nº 9656/98 Resolução 279 da ANS que não sobrepõe à determinação legal Devolução dos valores das mensalidades pagas a maior pelo autor de forma simples e não em dobro, pois não evidenciada a prática dos descontos com má-fé Sentença reformada somente nesta parte Recurso parcialmente provido.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> CARVALHO FILHO, José dos Santos. *Manual de Direito Administrativo*. Rio de Janeiro. Lumen juris. 2011. p. 437

<sup>19</sup>BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Terceira Câmara de Direito Privado Apelação Civil nº 10006382220148260100. Relator Des. Alexandre Marcondes. 10 de março de 2015. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>>. Acesso em 27 de set. 2016.

<sup>20</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Sexta Câmara de Direito Privado Apelação Civil nº 10610314420138260100. Relator Des. Percival Nogueira. 04 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>>. Acesso em 27 set. 2016.

No Tribunal de Justiça de Pernambuco o tema foi objeto da Súmula nº 102.<sup>21</sup> dispondo que “extinto o vínculo laboral do segurado em regime coletivo empresarial, a operadora de saúde deve lhe dispor plano ou seguro na modalidade individual ou familiar, sem novos prazos de carência e no mesmo valor da contraprestação”.

Assim, não suficiente a previsão contida no art. 17 e seguintes da RN 279/2011, continua-se entendendo que o plano de saúde, para os ex-empregados deve obedecer aos parâmetros de quando se vigorava o contrato de trabalho, inclusive nas mesmas condições de fixação e preço, apenas divergindo quanto ao custeio em que a lei impõe na forma integral, sendo certo, que a integralidade do serviço corresponde a soma da cota parte do empregador e do empregado.

A contratação de um novo plano para os empregados inativos tem sido debatida no Superior Tribunal de Justiça, devendo ser destacado o Resp. 531370- SP<sup>22</sup>, no qual o Ministro Relator Raul Araújo interpretou que a expressão “mesmas condições” se refere às obrigações devidas pelos interessados, quando da vigência do contrato de trabalho, ou seja, os mesmos serviços de assistência médica e os mesmos valores de contribuição, sendo que a expressão “desde que (aposentado) assuma o pagamento integral” limita a alteração, ao aspecto subjetivo, isto é, a obrigação de pagamento da contribuição passa a ser a do usuário em substituição do ex-empregador”.

Concluiu-se ainda, que o legislador quis assegurar ao aposentado e ao demitido sem justa causa o direito a manutenção da cobertura assistencial, sem alteração das prestações devidas pelas partes no que se refere à natureza e aos valores. Quanto ao pagamento, determinou-se, apenas, que a obrigação passasse a ser integralmente do funcionário inativo, sem, contudo, nada dispor sobre a alteração dos valores de contribuição.

Não só pela ótica da Lei de Plano de Saúde, podemos concluir que a RN279/2011 afronta às normas contidas no nosso ordenamento jurídico. Chegamos ao mesmo denominador se observarmos, também, os princípios presentes no Código de Defesa do Consumidor.

Como já foi exposto no capítulo anterior, existe uma relação de consumo entre o plano de saúde e os funcionários usuários do serviço do plano de saúde. Portanto, devem ser aplicadas as normas contidas no CDC que harmonizam e equilibram os que buscam e os que prestam o serviço de saúde.

---

<sup>21</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça de Pernambuco. Súmula nº 102. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/>>. Acesso em: 29 de set. 2016.

<sup>22</sup> Vide nota 17.

A Política Nacional das Relações de Consumo demonstra a seriedade com a qual são tratados os serviços de planos de saúde, posto que afeta a saúde e a dignidade do consumidor.

Prevista no art. 4º da Lei n. 8.078/90, esta política nacional tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à dignidade, a saúde e a segurança, bem como a proteção do interesse econômico e melhoria na qualidade de vida, ademais de conferir transparência e harmonia das relações de consumo.

Nessa matéria, também há grande pertinência do princípio da boa fé e da transparência, sendo estes positivados, como direito básico dos consumidores, no inciso IV do art. 6º do CDC.

Devem ser lembrados os ensinamentos de Leonardo Roscoe Bessa<sup>23</sup> quando interpreta o princípio da boa fé objetiva como sendo aquele que exige que as partes construam uma relação baseada na lealdade, transparência e cooperação, deixando de ter uma visão individualista na relação contratual, assegurando a função social do contrato.

De acordo com o autor, ao lado da boa fé objetiva está o equilíbrio econômico do contrato, pois o próprio código estabelece como um dos objetivos da Política Nacional da Relações de Consumo, a harmonização dos participantes da relação, compatibilizando a proteção ao consumidor, com a necessidade de desenvolvimento econômico e tecnológico, viabilizando os princípios nos quais se funda a ordem econômica, pautada na boa-fé e no equilíbrio econômico.

Tanto o princípio da boa fé como da transparência tentam combater os abusos sofridos pelo consumidor. Devem ser sempre respeitados, quando há alteração das condições de preço do serviço de plano de saúde, principalmente, se pensarmos na ausência de acesso às informações para muitos dos trabalhadores. Como os empregados não fazem parte do contrato do plano de saúde, eles não sabem o valor da participação do seu empregador e ficam sem parâmetros para saber se valor do serviço, após a dispensa do trabalho, é, ou não, abusivo. Está situação só se agrava com a autorização da RN 279/2011 que permite a migração do ex-funcionário para outro plano privado, com um cálculo atuarial diferente daquele utilizado para os funcionários ativos.

Além disso, o código de defesa do consumidor tem como princípio básico a proteção contratual ao consumidor, combatendo a onerosidade excessiva, autorizando a intervenção do Poder Judiciário quando há modificação de cláusula que estabeleça prestações desproporcionais ou que se tornem excessivamente onerosas.

---

<sup>23</sup>BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe, *Manual de Direito do Consumidor*. São Paulo. Ed: Revista dos Tribunais. 2010.p. 323

A RN 279/2011, ao permitir a alteração contratual, deixa os trabalhadores/consumidores em extrema desvantagem perante o serviço de saúde antes prestado, permitindo, como já se viu, um novo cálculo atuarial que irá modificar as condições de fixação de preço, elevando, substancialmente, o valor da mensalidade.

Ao se considerar que a condição de fixação de preço do plano de saúde possa ser alterada após a dispensa de funcionários usuários do plano de saúde coletivo, esvaziam-se as normas contidas não só na Lei de Plano de Saúde, mas também no Código de Defesa do Consumidor, pois bastaria que operadora do plano de saúde promovesse uma forte majoração na prestação do serviço para que não tivesse que cumprir a obrigação prevista em lei, compelindo os segurados a saírem do grupo e a buscarem um plano individual mais favorável e com menor custo, sem as mesmas condições antes asseguradas.

Contudo, o Superior Tribunal de Justiça no Agravo em Recurso Especial n. 558.918/SP<sup>24</sup>, já se pronunciou no sentido de não há direito adquirido no modelo de custeio, podendo o empregador e a operadora repensarem em outro sistema para a fim de evitar um colapso, a chamada exceção da ruína, desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou discriminação ao idoso.

### 3. A POSSIBILIDADE DE RESPONSABILIZAÇÃO DAS EMPRESAS DE PLANO DE SAÚDE E DO EMPREGADOR PELO ENQUADRAMENTO DO EX-EMPREGADO EM UM NOVO PLANO.

Conforme abordado no capítulo anterior, a RN 279/2011 autoriza que os empregadores possam contratar um outro plano para os empregados inativos, diferente dos empregados ativos, modificando, conseqüentemente as condições de fixação de preço do serviço na época do contrato de trabalho, devendo, em razão disto, ser considerada ilegal, de acordo com a melhor interpretação da Lei de Plano de Saúde e dos princípios consumeristas.

Sendo assim, entendemos que após o término do contrato de trabalho o funcionário usuário do plano tem o direito a manutenção do serviço nas mesmas condições de assistência

---

<sup>24</sup> BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Terceira Turma. Agravo Regimental em Recurso Especial n. 558.918 - SP (2014/0179509-2). Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. 15 de outubro de 2015. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br/SCON/decisoess/doc.jsp?livre=558.918+&b=DTXT&p=true&t=JURIDICO&l=10&i=1>> Acesso em: 5 out. 2016

médica e de valores de contribuição, desde que assuma o pagamento integral, sempre em paridade com o que o ex-empregador custeava a título de plano de saúde coletivo.

Surge, aqui, a seguinte dúvida: se a forem modificadas as condições de valores para os funcionários demitidos sem justa causa e aposentados, a operadora do plano e o empregador podem ser responsabilizados pelos danos suportados por este consumidor/trabalhador?

Inicialmente, devemos lembrar que entre a operadora de plano e os funcionários existe uma relação de consumo e, portanto, devemos analisar a responsabilidade da operadora sob a ótica do CDC.

Devemos também atentar para o que dispõe o art. 14 do Código: o fornecedor de serviço responde pelos danos causados aos consumidores pelos defeitos relativos à prestação do serviço. O mesmo diploma legal define que o serviço é defeituoso, quando não fornece a segurança que o consumidor espera.

A segurança, para Sergio Cavaliere, deve ser observada à luz de dois elementos no caso concreto: a desconformidade de uma legítima expectativa e a intensidade do risco criado pela atividade, ou seja, a probabilidade de causar o dano.<sup>25</sup>

O empregado ou aposentado dispensado sem justa causa, tendo contribuído com o serviço de plano de saúde, espera que, diante da imposição legal, este serviço seja mantido nas mesmas condições que vigorava, quando incólume o contrato de trabalho, sendo certo que o valor somente será maior, por conta da incorporação, à nova mensalidade, da parte do ex-empregador, o que não significa, necessariamente, a fixação de uma quantia exorbitante.

Contudo, a atitude das operadoras de plano de saúde, ao enquadrarem os funcionários inativos em outro plano, sem levar em consideração o valor da mensalidade da época do contrato de trabalho, frustra a expectativa do consumidor ao impor uma mensalidade de alto custo, levando, muitas vezes, o cancelamento do serviço, que lida com a saúde e a vida dos seus usuários.

Desta forma, o enquadramento dos funcionários ativos em outro plano de saúde deve ser tido como uma falha na prestação do serviço, haja vista que as operadoras frustram a expectativa de segurança no fornecimento do serviço, levando-se em consideração que o consumidor/trabalhador espera que a assistência médica que lhe é prestada esteja de acordo com a Lei de Plano de Saúde e com o Código de Defesa do Consumidor.

Deve ser lembrado que o art. 14 do CDC está inserido no âmbito da responsabilidade objetiva, sendo assim, não há necessidade de prova de culpa do agente que causou o dano,

---

<sup>25</sup>CAVALIERI FILHO, Sergio. *Programa de Responsabilidade Civil*. São Paulo. Ed. Atlas. 2010. p. 190



bastando provar o nexo de causalidade e do dano suportado. Desta maneira, os funcionários inativos não precisam comprovar que as operadoras do serviço de plano de saúde agiram de forma imprudente, negligente e imperita.

Julgamos que a operadora do plano deva ser responsável pelos danos ao consumidor, em razão da falha na prestação do serviço.

Estes danos envolvem tanto os danos materiais, quando comprovado que o funcionário inativo estava pagando o serviço com mensalidade superior à integralidade daquela vigente à época do contrato de trabalho, em razão do enquadramento num outro plano, bem como os danos morais, sendo que este último deva ser analisado no nosso trabalho.

Ainda no entendimento do mestre Cavalieri, existe uma divisão na conceituação do dano moral. O primeiro seria o dano moral em sentido estrito, implicando em qualquer violação ao direito à dignidade. O segundo, em sentido amplo, em que os direitos da personalidade abarcam outros aspectos da pessoa humana que não estão diretamente ligados a dignidade da pessoa humana, chamados por ele de “novos direitos da personalidade”<sup>26</sup>.

Como já foi mencionada, a inclusão do ex-funcionário em outro plano pode gerar o cancelamento do serviço, deixando o consumidor, que para ele contribuiu durante seus anos de trabalho, desamparado, sem assistência médica, colocando em risco a saúde e a vida dos ex-trabalhadores.

A mudança das condições de valores, causando risco e insegurança na manutenção do serviço, afronta diretamente à dignidade da pessoa humana, como primado constitucional contido no art. 1º, por corromper um serviço essencial ao bem-estar do indivíduo, ensejando o dano moral em sentido amplo.

Ademais, cabe, aqui, mencionar que deve ser observado art. 6, VI do CDC que garante, como direito básico do consumidor, a reparação integral dos danos, tanto materiais como morais a ele causados.

Portanto, a operadora pode ser responsabilizada pela alteração nas condições de fixação de preço do plano de saúde após a dispensa do empregado, não podendo ser excluído o dano moral sofrido, pela importância do serviço oferecido e pela situação de risco que a empresa impõe aos consumidores.

Nesse sentido já caminhou a Jurisprudência do Tribunal do Rio de Janeiro, vejamos:

(...) Demanda objetivando a permanência da autora, ex funcionária do Banco Itaú S/A por 26 anos, e seus familiares, no respectivo plano de saúde coletivo após a sua demissão sem justa

---

<sup>26</sup>CAVALIERI FILHO, Sergio, Op. Cit., pag. 81

causa. (...) Plano custeado e pelo empregador, com a contribuição da autora. Incidência do artigo 31 da Lei 9656/98. (...). No caso, o plano era custeado pela empresa e pela autora, portanto, com a contribuição da ex-empregada (aposentada), motivo pelo qual a demandante possui direito em ser mantida no plano, em idênticas condições do plano coletivo. Procedência do pedido para que a autora e seus familiares (marido, mãe e 2 filhos maiores) possam prosseguir no plano coletivo pagando o mesmo custo mensal de seu ex-empregador Banco Itaú S/A conforme fls. 33. Tutela antecipada que deve ser prontamente deferida a fim de possibilitar a continuidade da demandante e seus familiares no aludido plano de saúde coletivo. Dano moral configurado (...) <sup>27</sup>.

A responsabilidade do empregador deve ser analisada por outro ângulo, também, haja vista que não se tem uma relação direta de consumo (consumidor *stricto sensu*), e sim de existência de um vínculo de emprego extinto a partir da dispensa do empregado.

O fundamento de alguns julgados é no sentido de que somente a operadora do plano pode ser responsabilizada, tendo em vista que esta que detém a obrigação de manter os funcionários inativos no serviço de assistência médica.

Existe, no entanto, o entendimento contrário de que a responsabilidade <sup>28</sup>é concorrente entre a operadora do plano de saúde e o empregador, pois apesar da previsão legal de manter o ex-empregado no plano ser ônus da operadora, a empresa é que tem a obrigação de incluir seu ex-funcionário nos quadros daquela contratada, ou a que vier a contratar.

Esta interpretação se deve à redação dos arts. 30 e 31 da Lei de Plano de Saúde e da RN nº 279/2011 que claramente incumbem ao empregador viabilizar a manutenção do aposentado ou ex-funcionário, além deste ter o poder de escolha na contratação de um novo plano para os funcionários ativos. O empregador, por esta linha de raciocínio, contribuiu com o dano, e deve ser igualmente responsabilizado.

Este tema ainda não está pacificado, e a responsabilidade do empregador ainda é questionada nos casos em que se discute o enquadramento dos funcionários inativos em outro plano com alteração das condições de fixação de preço.

## CONCLUSÃO

As regras dos artigos 30 e 31 da Lei de Plano de Saúde tem como objetivo corrigir a injustiça praticada contra o consumidor contribuinte de plano de saúde coletivo empresarial,

---

<sup>27</sup>BRASIL. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Décima Nona Câmara Civil. Apelação Civil nº0331447-08.2012.8.19.0001. Relator Des. Ferdinando do Nascimento. 14 de novembro de 2013. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>>. Acesso em: 27 set. 2016

<sup>28</sup> BRASIL. Tribunal de Justiça de São Paulo. Oitava Câmara de Direito Privado. Apelação n. 1010232-56.2014.8.26.0554. Rel. Des. Alexandre Coelho. 17 de dezembro de 2015.; Tribunal de Justiça de São Paulo. Sétima Câmara de Direito Privado. Agravo de Instrumento n. 0016433-65.2012.8.26.0000. Rel. Des. Miguel Brandi. 19 de junho de 2012.; Disponível em: <<http://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>>. Acesso em: 27 set. 2016

que após anos de trabalho sendo descontado de seu salário o serviço de saúde, via-se compelido a contratar um novo plano, tendo que se submeter a novos prazos de carência e a preços muito elevados, principalmente no caso dos aposentados, diante de sua idade elevada.

Por esta razão o ordenamento pátrio assegura ao beneficiário a manutenção do serviço, apenas tendo que pagar integralmente o valor da mensalidade ao plano, sem mencionar qualquer alteração no preço.

A RN 279/2011, acabou retirando o objetivo da Lei de Plano de Saúde e sobrepondo-a, ao permitir que os funcionários sejam enquadrados em novos planos de saúde após a dispensa, com valores diferentes da época do contrato de trabalho.

O órgão regulador ao utilizar seu poder normativo técnico, deve agir com cautela para não legislar e alterar aspectos da lei geral. Caso ele ultrapasse esse limite, deve o Judiciário interferir para declarar a abusividade da norma infra legal, principalmente quando se trata de uma relação de consumo e em razão da vulnerabilidade do consumidor.

Sendo assim, o funcionário dispensando sem justa causa ou aposentado tem direito a manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições da época do contrato de trabalho, o que significa que as condições de fixação de preço devam ser mantidas, isto é, sem que sejam alterados os valores do antigo plano, devendo somente arcar com a integralidade do serviço, que corresponde a soma da cota parte do ex-empregador e do empregado.

Apesar deste tema ainda não estar pacificado na jurisprudência, a corrente majoritária é no sentido de que esta interpretação é a que mais se adequa à parte final do dispositivo legal, pois assegura ao consumidor/trabalhador a manutenção deste serviço essencial.

Portanto, a RN 279/2011, no que tange a autorização do enquadramento de funcionários inativos em um novo plano privado, deve ser afastada em prol dos ex-empregados, tendo em vista os princípios consumeristas e a da Lei de Plano de Saúde.

## REFERÊNCIAS

BENJAMIN, Antônio Herman V.; MARQUES, Claudia Lima; BESSA, Leonardo Roscoe, *Manual de Direito do Consumidor*. São Paulo. Ed: Revista dos Tribunais. 2010.p. 323

BRASIL. Código de Defesa do Consumidor. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm)>. Acesso em: 06 de jul. 2016.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. *Manual de Direito Administrativo*. Rio de Janeiro. Ed: Lumen juris. 2011.

LOPES, Luiz Celso Dias. *Plano de Saúde Aspectos Jurídicos e Econômicos*. Rio de Janeiro: Ed. Forense 2013.

MENDES, Rocha Karyna. *Curso de Direito da Saúde*. São Paulo: Ed. Saravia 2013

PASQUALOTTO, Adalberto, *Saúde e Responsabilidade*, 1999. In: LOPES, Luiz Celso Dias. *Plano de Saúde Aspectos Jurídicos e Econômicos*. Rio de Janeiro: Ed. Forense 2013.

\_\_\_\_BRASIL. Site da Agencia Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTg5OA==>> . Acesso em: 21 set. 2016

\_\_\_\_BRASIL. Site Jusbrasil. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia>> Acesso em 27 de set. 2016.

\_\_\_\_BRASIL. Site Tribunal de Justiça de Pernambuco <<http://www.tjpe.jus.br/>> Acesso em 04 de outubro de 2016.

\_\_\_\_BRASIL. Site Agencia Nacional das Administradoras de Benefício. Disponível em: <[http://www.anab.com.br/Downloads/guia\\_anab\\_2014\\_\\_1\\_.pdf](http://www.anab.com.br/Downloads/guia_anab_2014__1_.pdf)>. Acesso em: 04 setembro de 2016.

\_\_\_\_Superior Tribunal de Justiça. Disponível em: <<http://www.stj.jus.br> > Acesso em 04 de outubro de 2016.