



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
Gabinete do Desembargador
Marcos Cavalcanti de Albuquerque

Acórdão

Apelação Cível – nº. 0030222-70.2013.815.0011

Relator: Desembargador Marcos Cavalcanti de Albuquerque

Apelante UNIMED CAMPINA GRANDE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA – Adv. Ramona Porto Amorim Guedes e outro (OAB-PB 12.255).

Apelados: José Valdi de Lira e outro – Adv. Gelson Lima de Sousa e outros (OAB-PB 17.987).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. APOSENTADORIA. CONTINUIDADE MEDIANTE PAGAMENTO DA MENSALIDADE COM BOLETO EMITIDO PELA COOPERATIVA. POSSIBILIDADE. PROCEDÊNCIA. RECURSO. RETROATIVIDADE DA LEI N.º 9.656/98. RENOVAÇÃO DE CONTRATO COM PERIODICIDADE. APLICABILIDADE DA NORMA ADEQUANDO AO SISTEMA JURÍDICO. **RECURSO DESPROVIDO.**

Nos termos do art. 30 e 31 da Lei n.º 9.656/98, admite-se o direito de permanência em plano de saúde coletivo, ainda que na condição de beneficiário ao dependente de titular falecido, mesmo após o término da remissão, com as mesmas condições de assistência médica, assumidas as obrigações decorrentes.

Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º-do art. 1º-da Lei 9.656/98, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Vistos, relatados e discutidos os presentes autos acima identificados.

Acordam os desembargadores da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça, por unanimidade, em negar provimento ao apelo.

RELATÓRIO

A UNIMED CAMPINA GRANDE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA interpôs apelação contra **José Valdi de Lira** e seu cônjuge **Marlene Domingos de Lira** hostilizando sentença proferida pelo Juízo de Direito da 10ª Vara cível desta Comarca da Capital, ajuizada pelos apelados contra a Cooperativa Médica que, nos autos da Ação de Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Materiais e Morais, julgou parcialmente procedente o pedido.

Da inicial, constata-se que os apelados ajuizaram a demanda contra a UNIMED Campina Grande alegando que o promovente foi empregado da empresa São Braz S/A desde 02 de janeiro de 1991 e filiado do plano de saúde coletivo conveniada com a demandada, bem assim que foi empregado da empresa Graf-set desde o ano de 1975, na qual também era filiado do plano de saúde coletivo conveniado, perfazendo um total de 30 (trinta) anos de convênio de assistência médica.

Aduziram que, de posse da carteira de convênio em plena validade, foram a uma clínica buscando atendimento médico, sendo

surpreendidos com a negativa de atendimento, e ao procurarem informações, a UNIMED comunicou que eles não seriam mais beneficiários do plano de saúde em razão da aposentadoria do promovente.

Na sentença (fls. 161/165), o Magistrado rejeitou a preliminar de denunciação da lide da Empresa São Braz e, no mérito, ao fundamento de que a relação jurídica havida entre as partes é de natureza consumerista, sendo aplicado o CDC; o Promovente se filiou ao contrato de prestação de serviços da Demandada deste 1975 e se vinculou ao plano de saúde coletivo em 02/01/1991, tendo se aposentado em setembro de 2005; o art. 31 da Lei n.º 9.656/98 assegura ao aposentado o direito de permanecer vinculado ao plano de saúde coletivo, desde que assumo o pagamento integral da mensalidade e que o cancelamento do plano de saúde dos autores não resultou abalo moral ou prejuízo material, julgou parcialmente procedente o pedido, ratificando a tutela anteriormente concedida, para condenar a Demandada a manter o contrato original, restabelecendo as obrigações assumidas.

Reconheceu a sucumbência recíproca e condenou cada parte ao pagamento, *pro rata*, das custas processuais e cada uma respondendo pelos honorários do seu advogado, suspensa a exigibilidade em relação aos autores, por serem beneficiários da gratuidade processual.

Nas razões recursais (fls. 167/187), a UNIMED CAMPINA AGRANDE alegou que o Magistrado julgou procedente o pedido de manutenção do plano de saúde coletivo aos Promoventes, aplicando a Lei n.º 9.656/98, sem observar que o contrato foi firmado em período anterior à vigência da norma e que a São Braz não possui vínculo obrigacional com a Apelante desde 01 de dezembro de 2014, e com a extinção do contrato entre a Empresa adquirente de plano de saúde coletivo e a cooperativa médica extingue-se o direito dos seus funcionários ativos e dos aposentados.

Arguiu que o Art. 5º da Resolução n.º 195/2009 da Agência Nacional de Saúde delimita os beneficiários dos planos de saúde coletivo às pessoas vinculadas à empresa ou órgão que adquiriu o plano coletivo, em decorrência do vínculo empregatício ou estatutário, e por isso o art. 31

da Lei n.º 9.656/98 não poderia ser aplicado ao caso concreto, em face da inexistência de vínculo obrigacional entre a empresa São Braz, em que o Apelante estava vinculado, e a Cooperativa Médica.

Defendeu que não poderia o Magistrado ter aplicado a Lei n.º 9.656/98 ao caso concreto, em face da interpretação legal dada no art. 35 da referida norma, o qual é expreso no sentido da sua aplicabilidade aos contratos firmados a partir da sua vigência, não sendo de se aceitar o argumento de que a renovação automática do contrato importa em contratação segundo a nova legislação, pois este entendimento estaria em confronto com o §1º, do Art. 35, da referida Lei, o qual dispõe que "a adaptação dos contratos de que trata este artigo, deverá ser formalizada em termos próprio, assinado pelos contratantes..."

Pugnou pelo provimento do recurso para que fosse julgado totalmente improcedente o pedido inicial.

Não Houve apresentação de contrarrazões, conforme certidão de fl. 191.

A Procuradoria de Justiça, com vista dos autos (fls. 198/202), opinou pelo desprovimento do recurso, por entender que a tese exposta pela Apelante caracteriza-se inovação recursal, a possibilidade de o aposentado ter continuidade do plano de saúde coletivo da empresa para a qual trabalhava tem previsão expressa no art. 31 da Lei 9.656/98, que aplica-se ao caso concreto; e nos autos consta documento comprovando que os Apelados efetuaram pagamento da mensalidade do plano de saúde.

É o relatório.

V O T O

Discutem as partes a respeito da manutenção do Promovente e esposa no plano de saúde coletivo da UNIMED CAMPINA GRANDE, firmado com a SÃO BRAZ S/A, emitindo boletos aos Recorridos para pagamento das mensalidades no valor contratado.

O direito de permanecer em plano de saúde coletivo, do titular ou dependente, ainda que advenha demissão ou aposentadoria, tem previsão nos arts. 30 e 31 da Lei n.º LEI N.º 9.656/1998, *in verbis*:

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)

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo.

Sobre o tema, a jurisprudência dos tribunais vem firmando

entendimento no sentido de ser possível a continuidade do plano de saúde empresarial para o contratante que perdeu o vínculo empregatício.

Nesse sentido, veja decisão do Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MANUTENÇÃO DO EX-EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA (E SEUS DEPENDENTES) NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. HIPÓTESE EM QUE A CONTRIBUIÇÃO FORA CUSTEADA INTEGRALMENTE PELO EMPREGADOR/ESTIPULANTE.

1. O ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa que contribuiu para plano privado de assistência à saúde - em decorrência de vínculo empregatício -, tem direito a ser mantido na condição de beneficiário, nas mesmas condições da cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral da contribuição (mensalidade/prêmio) devida à operadora (artigos 30 e 31 da Lei 9.656/98).

2. O conceito de contribuição abrange apenas as quantias destinadas ao custeio, parcial ou integral, da própria mensalidade ou do prêmio cobrado pela operadora de plano de saúde, independentemente da efetiva utilização de serviços médicos ou odontológicos. Tal definição alcança ainda o pagamento fixo mensal realizado pelo ex-empregado com o intuito de upgrade, isto é, acesso a rede assistencial superior em substituição ao plano originalmente disponibilizado pelo

empregador, para o qual não havia participação financeira do usuário. Inteligência dos artigos 2º e 6º da Resolução Normativa ANS 279/2011 e da Súmula Normativa ANS 8/2005.

3. De outro lado, em se tratando de plano privado de assistência à saúde integralmente custeado pelo empregador/estipulante, as quantias despendidas pelo ex-empregado, única e exclusivamente, a título de coparticipação (percentual incidente sobre as despesas médicas/odontológicas efetivamente realizadas pelo usuário), como fator de moderação na utilização dos serviços, não caracterizam contribuição a ensejar a incidência da benesse legal. Exegese defluente do § 6º do artigo 30 da Lei 9.656/98.

4. Ademais, o custeio do plano de saúde coletivo empresarial pelo empregador/estipulante não se subsume ao conceito de salário-utilidade (salário in natura), por não ostentar a característica da comutatividade, ou seja, não configura retribuição ao trabalho prestado pelo empregado. Cuida-se de incentivo de caráter assistencial concedido por alguns empregadores com o objetivo de garantir a assiduidade, a eficiência e a produtividade dos empregados, não podendo, portanto, ser considerado salário indireto.

5. Nesse contexto, os ex-empregados não contributários - aqueles que não realizam pagamento sequer parcial de prêmio ou mensalidade do plano de saúde coletivo empresarial, limitando-se ao pagamento de coparticipação - não fazem jus ao direito de continuidade da cobertura assistencial após o

término do vínculo empregatício.

Precedente da Terceira Turma: REsp 1.594.346/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 09.08.2016, DJe 16.08.2016.

6. Recurso especial provido para julgar improcedente a pretensão deduzida na inicial. (REsp 1608346/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/10/2016, DJe 30/11/2016)

Este Egrégio Tribunal de Justiça também já decidiu no mesmo sentido:

GRAVO RETIDO. INTEMPESTIVIDADE. NÃO CONHECIMENTO DO RECURSO. - Tendo a parte recorrente ultrapassado o prazo previsto no art. 522, CPC/73, faz-se imperioso o não conhecimento do recurso. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RELAÇÃO DE NATUREZA CONSUMERISTA E DE TRATO SUCESSIVO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. TITULAR. FALECIMENTO. DEPENDENTE. VIÚVA. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO. DIREITO. DESPROVIMENTO DO RECURSO. I. O direito de permanência na condição de beneficiário ao dependente de titular falecido é assegurado pelo § 3º do art. 30 Lei nº 9.656/98 e da Súmula Normativa nº 13 da ANS, mesmo após o término da remissão, com as mesmas condições de assistência médica e desde assumidas as obrigações decorrentes. "Não obstante as disposições advindas com a Lei 9.656/98, dirigidas às operadoras de planos e seguros privados de saúde em benefício dos consumidores, tenham aplicação, em princípio, aos fatos

ocorridos a partir de sua vigência, devem incidir em ajustes de trato sucessivo, ainda que tenham sido celebrados anteriormente". (REsp 531.370/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 7/8/2012, DJe 6/9/2012). (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00302859520138150011, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 06-06-2017)

No caso dos autos, o Apelado José Valdi de Lira foi empregado da São Braz S/A e incluído no Plano de Saúde Empresarial, conforme se infere dos documentos de fl. 18/19, e a segunda Recorrida figura como seu dependente, o que também pode ser conferido pelos documentos de fls. 132/144, trazidos aos autos pela Recorrente.

Portanto, a vinculação das partes ao plano de saúde coletivo da Recorrente, há mais de dez anos, restou incontroverso nos autos, restando aquilatar a aplicabilidade da Lei n.º 9.656/98 ao caso concreto, ponto impugnado no recurso.

A jurisprudência dos tribunais vem firmando entendimento de que a aplicação de norma específica inerente a plano de saúde, não importa em retroatividade de lei nova, e sim em adequação do contrato ao regramento jurídico.

Nesse sentido:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA - CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE - CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - APLICABILIDADE - CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98 - NECESSIDADE DE OPORTUNIZAR A ADEQUAÇÃO - NEGATIVA DE COBERTURA

INDEVIDA.

- A incidência das regras definidas na Lei n. 9.656/98, mesmo que os contratantes do plano objeto do presente litígio não tenham optado por migrar de plano, não ocasiona ofensa a ato jurídico perfeito, pois não se trata de aplicação retroatividade do referido diploma legal, mas mera adequação do contrato a esse regramento jurídico, pois em função do seu caráter de ordem pública, tem a normatização em questão aplicação imediata.

- Não tendo o plano de saúde réu se desincumbido do ônus de comprovar que ofereceu ao autor a oportunidade de adequar o seu contrato ao plano de referência, previsto no art. 10 da Lei nº 9.656/98, não se justifica a negativa de cobertura contratual, sob o argumento de inaplicabilidade das disposições daquele diploma legal aos planos não regulamentados. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.18.014008-9/001, Relator(a): Des.(a) Domingos Coelho , 12ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 25/04/2018, publicação da súmula em 26/04/2018).

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS - PLANO DE SAÚDE - PACTUAÇÃO ANTERIOR À LEI N. 9656/98 - EXCLUSÃO DE EXAME - IMPOSSIBILIDADE - DEVER DE INFORMAÇÃO - DANOS MORAIS CONFIGURADOS - DEVER DE INDENIZAR

- A incidência das regras definidas na Lei n. 9.656/98, mesmo que os contratantes do plano objeto do presente litígio não tenham optado por migrar de plano, não ocasiona

ofensa a ato jurídico perfeito, pois não se trata de aplicação retroatividade do referido diploma legal, mas mera adequação do contrato a esse regramento jurídico, pois em função do seu caráter de ordem pública, tem a normatização em questão aplicação imediata.

- Ainda que o contrato tenha sido celebrado anteriormente a vigência da Lei n. 9659/98, a relação havida entre as partes deve sofrer os efeitos da nova lei, o que torna abusiva a exclusão de exame de colonoscopia, por se tratar de exame necessário ao correto diagnóstico da doença, conforme definido no artigo 12, I, "b", da Lei n. 9.656/98, ofendendo o inc. IV do art. 51 do Código de Defesa do Consumidor.

- O consumidor tem o direito de prever qual será a exata medida da cobertura reembolsada, que deve ser proporcional ao valor despendido com a mensalidade. Ressalte-se que, não constando taxativamente a vedação no contrato não há como excluir a cobertura pretendida. (TJMG- Apelação Cível 1.0105.15.012997-8/001, Relator(a): Des.(a) Domingos Coelho , 12ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 18/04/2018, publicação da súmula em 24/04/2018)

No mesmo sentido, já decidiu o Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. REALIZAÇÃO DE EXAME. COBERTURA DEVIDA. 1. Trata-se de decisão recorrida publicada após a data de 18/03/2016, quando

entrou em vigor o Código de Processo Civil de 2015, de modo que há a imediata incidência no caso dos autos da legislação vigente, na forma do artigo 1.046 do diploma processual precitado. 2. O contrato em análise foi avençado entre as partes com o objetivo de garantir o pagamento das despesas médicas e hospitalares para a hipótese de ocorrer a condição suspensiva prevista naquele pacto, consubstanciada no evento danoso à saúde. Outro elemento essencial desta espécie contratual é a boa-fé, na forma do art. 422 do Código Civil, caracterizada pela lealdade e clareza das informações prestadas pelas partes. 3. Os planos ou seguros de saúde estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo atinente ao mercado de prestação de serviços médicos. Isto é o que se extrai da interpretação literal do art. 35 da Lei 9.656/98. Súmula n. 469 do STJ. 4. Aplicável ao caso em exame as exigências mínimas previstas no plano-referência de que trata os artigos 10 e 12 da legislação dos planos de saúde. 5. Releva ponderar que a incidência da regra precitada não ocasiona ofensa a ato jurídico perfeito, pois não se trata de aplicação retroatividade do referido diploma legal, mas mera adequação do contrato a esse regramento jurídico. 6. Restrições de direito devem estar expressas, legíveis e claras no contrato, o que não ocorreu no caso em tela, em afronta ao dever de informar consagrado na legislação consumerista. Ressalte-se que a vedação de cobertura não consta taxativamente no contrato, e cláusulas restritivas de direito não dão margem a

interpretações extensivas. 7. A omissão no contrato quanto à exclusão de cobertura deve ser interpretada de forma favorável ao consumidor, uma vez que a negativa do apelante não se pautou em determinação contratual. Inteligência do art. 47 do Código de Defesa do Consumidor. 8. Os honorários advocatícios deverão ser majorados quando a parte recorrente não lograr êxito neste grau de jurisdição, independente de pedido a esse respeito, devido ao trabalho adicional nesta instância, de acordo com os limites fixados em lei. Inteligência do art. 85 e seus parágrafos do novel CPC. Negado provimento ao apelo. (Apelação Cível Nº 70073438418, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 28/06/2017).

Portanto, não se trata de retroatividade da norma, e sim de adequação ao sistema jurídico, notadamente por considerar que a relação jurídica havida entre as partes é protegida pela legislação consumerista.

Por fim, quanto à arguição de que houve extinção do contrato com a São Braz S/A, e que importaria em extinção da relação jurídica entre a Apelante e os recorridos, constata-se que a alegação da recorrente, além de caracterizar uma inovação recursal, não tem elementos de prova nos autos.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso, mantendo a sentença em todos os seus termos.

É como voto.

Presidiu a sessão o Excelentíssimo Senhor Desembargador Marcos Cavalcanti de Albuquerque. Participaram do

juízo os Excelentíssimos Senhores Desembargadores Marcos Cavalcanti de Albuquerque – Relator, Eduardo José de Carvalho Soares (Juiz convocado para substituir a Excelentíssima Senhora Desembargadora Maria das Graças Morais Guedes) e Gustavo Leite Urquiza (Juiz convocado para substituir o Excelentíssimo Senhor Desembargador Saulo Henriques de Sá e Benevides).

Presente ao julgamento a Excelentíssima Senhora Doutora Jacilene Nicolau Faustino Gomes, Procuradora de Justiça.

Sala de sessões da Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em João Pessoa, 07 de agosto de 2018.

Desembargador **Marcos Cavalcanti de Albuquerque**
R e l a t o r