

APELAÇÃO CÍVEL Nº 212359-96.2012.8.09.0051
(201292123591) GOIÂNIA

APELANTE: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
APELADOS: WASHINGTON BORGES E OUTROS
RELATOR: **DIÁC. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO**
Juiz de Direito Substituto em Segundo Grau

RELATÓRIO

Trata-se de **Apelação Cível** interposta pela **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra a sentença (fls. 392/403 – 2º volume) prolatada pela excelentíssima Juíza Substituta da 10ª Vara Cível da comarca de Goiânia, Drª. Raquel Rocha Lemos, nos autos da **Ação de Obrigação de Fazer** movida em seu desfavor por **WASHINGTON BORGES, NICOLA DURANTE, WALMIR SANTOS AGUIAR, DJAMIL DE SOUSA, AGRIPINO BATISTA FILHO, MARIA PONTES DE SOUSA, FRANCISCA PASSINATO, CLEBER LOUZA FERREIRA BATISTA, GREICE FERNANDES e LAURIZE GUERRA FERNANDES**, ora Apelados.

Ressai da inicial, que em 8 de abril de 1992, a Apelante (Unimed) firmou um termo de compromisso com o Sindicato de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de Goiás –

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

SINDIHORBS, para que este último, na qualidade de interveniente, realizasse a inclusão e exclusão de usuários da cobertura securitária de saúde oferecida pela Recorrente.

A exordial informa, também, que o termo de compromisso em estudo está em vigor há mais de 20 (vinte) anos, sendo certo, ainda, que nesse período foram realizadas diversas alterações contratuais.

Entretanto, em 2012, a Apelante teria enviado correspondência aos Apelados para que eles apresentassem, no prazo de 30 (trinta) dias, documentação de dados administrativos relativos ao SINDIHORBS, a saber: ficha de filiação, comprovante de pagamentos de taxa assistencial, contrato social das empresas associada e sua última alteração, comprovante de inscrição das empresas no CNPJ, contratos de trabalho de eventuais celetistas contratados pela empresa associada, sob pena de exclusão do contrato do referido sindicato, bem como de seus dependentes e agregados.

Esclarecem os Apelados que, de acordo com a notificação em comento, eles teriam até o dia 10 de maio de 2012 para apresentarem a documentação solicitada. Todavia, algumas dessas notificações chegaram aos remetentes com o prazo para cumprimento expirado, tendo a Apelante se negado a receber os documentos, em momento posterior.

Em razão desses fatos, os Apelados ajuizaram a presente demanda, por meio da qual postulam a sua

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

manutenção/reinclusão no contrato de plano de saúde firmado entre as partes.

Doravante, adoto e a este incorporo, o relatório da sentença, acrescentando que a Magistrada julgou procedente o pedido, nos seguintes termos:

*"(...) Diante do exposto, julgo **PROCEDENTE**, nos moldes do art. 269, I, do Código de Processo Civil, o pedido formulado na inicial, tornando definitiva a liminar deferida às fls. 154/160, bem como para condenar a Ré na obrigação de manter/reincluir os Autores como beneficiários do plano de assistência à saúde contratado, devendo continuar enviando-lhes os boletos para pagamento das mensalidades, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00 (um mil reais), limitada a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).*

Em virtude da sucumbência, condeno a parte Ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, os quais arbitro em R\$ 1.000,00 (um mil reais), nos termos do artigo 20, § 4º, do Código de Processo Civil, corrigidos monetariamente pelo INPC a partir do arbitramento, com juros de 1% ao mês, contados da efetivação da citação.

Aguarde-se por seis meses em cartório, nos termos do art. 475-J, § 5º, do CPC. Nada sendo requerido, archive-se só autos mediante as cautelas de praxe.

Para o caso de cumprimento voluntário, dê-se vista a parte Autora por 05 dias, ficando autorizada a expedição de alvará para levantamento da quantia depositada a título de honorários advocatícios".

Inconformada, a Ré (Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico) interpôs Apelação (fls. 440/455).

Em suas razões recursais, sustenta que a sentença merece ser reformada, uma vez que o contrato entabulado entre as

partes não possui elegibilidade e que contraria a regulamentação expedida pela Agência Nacional de Saúde - ANS.

Aduz que, embora os Apelados sejam idosos, o que lhes garante uma ampla proteção legal, as condições contratadas pelas partes devem ser mantidas, uma vez que foram, voluntariamente, por elas aderidas.

Elucida que o plano de saúde contratado pelos Apelados possui natureza de contrato coletivo por adesão, oferecendo cobertura àqueles que possuem vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Argumenta que os contratos firmados por meio do SINDIHORBS exigem que os filiados ao plano de saúde sejam vinculados à categoria profissional e que a notificação foi encaminhada para todos os beneficiários do plano e não, apenas, aos Apelados.

Obtempera não ser possível a manutenção dos Apelados, como contratantes do plano de saúde coletivo disponibilizado pela Apelante, se eles não comprovarem o vínculo com o SINDIHORBS.

Acresce que, desde 2009, a Agência Nacional de Saúde, por meio da Resolução Normativa nº 195 estabeleceu a obrigatoriedade de comprovação do vínculo do beneficiário, com a pessoa jurídica contratante do plano, no caso o SINDIHORBS.

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

Prequestiona os artigos 1º, 81 e 82, todos do Código de Defesa do Consumidor, e os artigos 1º, 25, 31 e 35-D, da Lei 9.656/98.

Ao final, requer o conhecimento e provimento do recurso.

Preparo acostado, à fl. 456.

Juízo primeiro de admissibilidade recursal ocorrido, à fl. 457/458.

Devidamente intimados, os Apelados apresentaram suas contrarrazões, às fls. 461/47, oportunidade em que requereram o desprovimento do recurso.

A procuradoria de Justiça, por meio do parecer da Drª. Yara Alves Ferreira e Silva, opinou pelo conhecimento e desprovimento da insurgência recursal.

É o relatório. **Ao douto revisor.**

Goiânia, 18 de março de 2015.

DIÁC. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO
Juiz de Direito Substituto em Segundo Grau
Relator

APELAÇÃO CÍVEL Nº 212359-96.2012.8.09.0051
(201292123591) GOIÂNIA

APELANTE: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
APELADOS: WASHINGTON BORGES E OUTROS
RELATOR: **DIÁC. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO**
Juiz de Direito Substituto em Segundo Grau

V O T O

Presentes os requisitos legais de admissibilidade da Apelação Cível, dela conheço.

Conforme delineado no relatório, trata-se de **Apelação Cível** interposta pela **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** contra a sentença (fls. 392/403 – 2º volume) prolatada pela excelentíssima Juíza Substituta da 10ª Vara Cível da comarca de Goiânia, Drª. Raquel Rocha Lemos, nos autos da **Ação de Obrigação de Fazer** movida em seu desfavor por **WASHINGTON BORGES, NICOLA DURANTE, WALMIR SANTOS AGUIAR, DJAMIL DE SOUSA, AGRIPINO BATISTA FILHO, MARIA PONTES DE SOUSA, FRANCISCA PASSINATO, CLEBER LOUZA FERREIRA BATISTA, GREICE FERNANDES e LAURIZE GUERRA FERNANDES**, ora Apelados.

Ressai da inicial, que em 8 de abril de 1992, a Apelante (Unimed) firmou um termo de compromisso com o Sindicato de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares do Estado de Goiás – SINDIHORBS, para que este último, na qualidade de interveniente, realizasse a inclusão e exclusão de usuários da cobertura securitária de saúde oferecida pela Recorrente.

A exordial informa, também, que o termo de compromisso em estudo está em vigor há mais de 20 (vinte) anos, sendo certo, ainda, que nesse período foram realizadas diversas alterações contratuais.

Entretanto, em 2012, a Apelante teria enviado correspondência aos Apelados para que eles apresentassem, no prazo de 30 (trinta) dias, documentação de dados administrativos relativos ao SINDIHORBS, a saber: ficha de filiação, comprovante de pagamentos de taxa assistencial, contrato social das empresas associada e sua última alteração, comprovante de inscrição das empresas no CNPJ, contratos de trabalho de eventuais celetistas contratados pela empresa associada, sob pena de exclusão do contrato do referido sindicato, bem como de seus dependentes e agregados.

Esclarecem os Apelados que, de acordo com a notificação em comento, eles teriam até o dia 10 de maio de 2012 para apresentarem a documentação solicitada. Todavia, algumas dessas notificações chegaram aos remetentes com o prazo para cumprimento expirado, tendo a Apelante se negado a receber os documentos, em momento posterior.

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

Em razão desses fatos, os Apelados ajuizaram a presente demanda, por meio da qual postulam a sua manutenção/reinclusão no contrato de plano de saúde firmado entre as partes.

A Magistrada julgou procedente o pedido, nos seguintes termos:

*"(...) Diante do exposto, julgo **PROCEDENTE**, nos moldes do art. 269, I, do Código de Processo Civil, o pedido formulado na inicial, tornando definitiva a liminar deferida às fls. 154/160, bem como para condenar a Ré na obrigação de manter/reincluir os Autores como beneficiários do plano de assistência à saúde contratado, devendo continuar enviando-lhes os boletos para pagamento das mensalidades, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00 (um mil reais), limitada a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).*

Em virtude da sucumbência, condeno a parte Ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, os quais arbitro em R\$ 1.000,00 (um mil reais), nos termos do artigo 20, § 4º, do Código de Processo Civil, corrigidos monetariamente pelo INPC a partir do arbitramento, com juros de 1% ao mês, contados da efetivação da citação.

Aguarde-se por seis meses em cartório, nos termos do art. 475-J, § 5º, do CPC. Nada sendo requerido, archive-se só autos mediante as cautelas de praxe.

Para o caso de cumprimento voluntário, dê-se vista a parte Autora por 05 dias, ficando autorizada a expedição de alvará para levantamento da quantia depositada a título de honorários advocatícios".

O cerne da controvérsia recursal se cinge à análise da legalidade da exigência, pela Apelante (Unimed), de apresentação de documentos que comprovem o vínculo dos Apelados com o

SINDIHORBS, pessoa jurídica interveniente na contratação dos planos de saúde operados pela Recorrente.

Pois bem. O contrato em tela foi avençado entre as partes, com o objetivo de garantir o ressarcimento das despesas médicas para a hipótese de ocorrer a condição suspensiva consubstanciada no evento danoso previsto contratualmente, cuja obrigação dos Segurados, aqui Apelados, é o pagamento do prêmio devido e de prestar as informações necessárias para a avaliação do risco.

Em contrapartida, a Seguradora de saúde/Apelante (Unimed) deve informar as garantias dadas e pagar a indenização devida no lapso de tempo estipulado, condições gerais estas previstas no artigo 757 e seguintes do Código Civil.

Além disso, o contrato foi firmado através de convênio com o Sindicato de Hotéis, Restaurantes, Bares e Similares de Goiás – SINDIHORBS, que intermediou as contratações dos planos de saúde, pelos apelados.

Como é cediço, os pressupostos do contrato de seguro de saúde são a cobertura de evento futuro e incerto capaz de gerar dano aos Segurados, ficando a Seguradora, então, obrigada a reparar, imediatamente, o prejuízo sofrido pelos contratantes, em caso da ocorrência daquele evento.

Essa modalidade contratual se encontra regida pelo princípio da boa-fé (artigo 422 do Código Civil), caracterizado

pela sinceridade e lealdade nas informações prestadas pelas partes e cumprimento das obrigações avençadas.

Saliente-se que, presentes as condições precitadas, deve ser feito o pagamento da obrigação assumida pela Seguradora, ou administradora do plano de saúde, nos limites contratados e condições acordadas, exceto se houver comprovado dolo ou má-fé do segurado, ou do beneficiário, para a implementação do risco e obtenção da referida indenização, ou ressarcimento das despesas.

No que diz respeito ao tema em análise é oportuno trazer ao estudo os ensinamentos de Cavalieri Filho, ao lecionar que:

"Três são os elementos essenciais do seguro - o risco, a mutualidade e a boa-fé -, elementos, estes, que formam o tripé do seguro, uma verdadeira, "trilogia", uma espécie de santíssima trindade.

*Risco é perigo, é possibilidade de dano decorrente de acontecimento futuro e possível, mas que não depende da vontade das partes. Por ser o elemento material do seguro, a sua base fática, é possível afirmar que onde não houver risco não haverá seguro. As pessoas fazem seguro, em qualquer das suas modalidades - seguro de vida, **seguro de saúde**, seguro de automóveis etc. -, porque estão expostas a risco.*

(...)

Em apertada síntese, seguro é contrato pelo qual o segurador, mediante o recebimento de um prêmio, assume perante o segurado a obrigação de pagar-lhe uma determinada indenização, prevista no contrato, caso o risco a que está

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

sujeito se materialize em um sinistro. Segurador e segurado negociam as consequências econômicas do risco, mediante a obrigação do segurador de repará-las”.

De outro lado, é preciso destacar que os serviços securitários estão submetidos às disposições do Código de Defesa do Consumidor, enquanto relação de consumo, dispondo aquele diploma legal, em seu artigo 3º, § 2º, o seguinte:

“Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º (...)

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista”.

Dessa forma, há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor nos contratos atinentes a essa espécie de seguro, como aquele avençado entre as partes, podendo definir-se como sendo um serviço a cobertura do seguro ofertada pela empresa seguradora de saúde, aqui Apelante, consubstanciada no pagamento dos prejuízos decorrentes de riscos futuros estipulados no contrato aos seus clientes, os quais são destinatários finais deste serviço.

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

Assim, aplica-se a lei consumerista à relação de consumo afeta ao mercado de prestação de serviços médicos.

Isto é o que se extrai da interpretação literal do artigo 35 da Lei 9.656/98 (a qual dispõe sobre os planos de e seguros privados de assistência à saúde). Aliás, sobre o tema em estudo, o Superior Tribunal de Justiça editou a súmula n. 469, que diz: "*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*".

Ademais, é importante destacar que o contrato de seguro, ou plano de saúde, é basicamente um acordo de transferência da titularidade dos prejuízos econômicos decorrentes da materialização do sinistro, onde aquele que toma a posição de garantidor (seguradora de saúde) se obriga ao pagamento de um valor em pecúnia ao segurado, a fim de ressarcir as despesas médicas deste, caso o sinistro relativo à saúde do contratante venha a ocorrer.

Portanto, é indispensável, nesse tipo de avença, a confiança mútua, ou seja, a segurança de ambas as partes, no que se refere ao cumprimento do pactuado.

No caso em tela, os Autores/Apelados alegam que a Apelante (Unimed) não poderia ter exigido a apresentação de documentos, em prazo exíguo, e muitas vezes já vencido, sob pena de rescisão do contrato de plano de saúde firmado através do

SINDIHORBS.

Alegam os Apelados, para tanto, que seus contratos de planos de saúde estão em vigor por prazo superior a 20 (vinte) anos e que a exigência da Apelante, no que tange à documentação, é arbitrária.

Pois bem. Ao analisar os documentos contidos nos autos, notadamente as notificações extrajudiciais (fls. 32, 35, 40, 46, 50, 54, 57 e 61), observa-se que a Apelante notificou os Apelados para que, até o dia 10 de maio de 2012, apresentassem, em sua sede administrativa, os seguintes documentos: **a)** ficha de filiação da sua empresa junto ao SINDIHORBS, devidamente datada e assinada pelos responsáveis; **b)** comprovante de pagamento das obrigações dos Apelados junto ao SINDIHORBS relativos aos anos de 2009, 2010 e 2011; **c)** cópia do contrato/estatuto social da empresa associada ao SINDIHORBS; **d)** cópia dos contratos dos funcionários da empresa associada, se existirem; e **e)** cópia dos comprovantes de inscrição da empresa no CNPJ/MF e municipal.

Consta, ainda, nas mencionadas notificações, que a não apresentação desses documentos ensejaria a exclusão dos Apelados do plano.

Ora, de fato, referida exigência é, de todo, indevida.

De acordo os artigos 4º e 5º da Resolução Normativa nº 279/2011 da Agência Nacional de Saúde:

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

Art. 4º É assegurado ao **ex-empregado demitido** ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados **a partir de 2 de janeiro de 1999**, em decorrência de vínculo empregatício, 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.

Parágrafo único. O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

Art. 5º É assegurado ao **ex-empregado aposentado** que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados **a partir de 2 de janeiro de 1999**, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, 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.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral”.

Como se observa, os planos de saúde contratados antes de 2 de janeiro de 1999 possuem uma relação estabilizada com a operadora de plano de saúde, a qual não poderá, de forma repentina, rescindir o contrato entabulado entre as partes.

Por outro lado, considerando que a contratação dos planos de saúde ocorreu por intermédio do SINDIHORBS, não poderá a Apelante exigir dos beneficiários a comprovação de requisitos de sua filiação com o referido sindicato.

Além disso, os Apelados continuam arcando com os pagamentos das parcelas referentes ao seguro de saúde contratado não havendo plausibilidade na exigência formulada pela Recorrente.

Não bastassem essas considerações, observa-se da documentação acostada aos autos que os Apelados já firmaram os respectivos contratos de seguro de saúde no ano de 1996 (fls. 31, 36, 38, 4144, 45, 55 e 59), ou seja, há mais de 20 (vinte) anos, o que me leva a concluir que a Apelante deveria, no mínimo, ter respeitado a boa-fé contratual, permitindo a dilação do prazo para a apresentação da documentação e, ainda, respeitando a estabilização dos contratos, em razão do tempo.

No mais, ainda que os Apelados já não tenham qualquer vínculo com as empresas filiadas ao respectivo Sindicato, é incontroverso que a Lei nº 9.656/98 garantiu ao consumidor o direito de manter a sua condição de segurado de plano de saúde empresarial, desde que assuma o pagamento integral da contraprestação.

Assim está previsto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98:

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

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.

§ 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.

§ 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.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos,

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

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.

§ 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.

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2o, 3o, 4o, 5o e 6o do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2o e 4o do art. 30”.

Desta forma, entendo como evidente o enquadramento dos Autores no artigo 31 da Lei 9.656/98, restando asseguradas a suas permanências por prazo indeterminado, na qualidade de beneficiários do plano de saúde.

Por fim, se fosse o caso de extinção do vínculo dos Apelados com o SINDIHORBS, deveria, a Apelante, permitir aos

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

Apelados que continuassem a usufruir do seguro de saúde, desde que arcassem com os valores das respectivas contraprestações.

Sobre o tema, já assentou esta Corte de Justiça Estadual:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DECLARATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER, CUMULADA COM DEVOLUÇÃO DE VALORES E PEDIDO LIMINAR DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA INAUDITA ALTERA PARS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. APOSENTADORIA. MAIS DE DEZ (10) ANOS DE CONTRIBUIÇÃO. RESTABELECIMENTO DO VÍNCULO COM A SEGURADORA. CONTINUIDADE NO USO DO PLANO. POSSIBILIDADE. PAGAMENTO INTEGRAL. I - É lúdima a pretensão da aposentada em restabelecer o vínculo com a seguradora de saúde, juntamente com seu dependente, quando comprovado que, durante a vigência do contrato de trabalho, contribuiu por mais de dez (10) anos para o plano coletivo empresarial. Garante-se aos segurados as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozavam quando da vigência da avença laboral, assumindo os beneficiários o pagamento integral (Lei nº 9.656/98, artigo 31, e Resolução Normativa nº 279/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar). II - O decênio legal pode ser contado somando-se os períodos em que o empregado trabalhou para um e, depois, outro empregador. III - Impõe-se a restituição das parcelas pagas, mas não em dobro, à contratante que aderiu, de forma desnecessária, ao plano de saúde individual/familiar, quando já fazia jus ao plano especial anteriormente contratado. APELAÇÃO CONHECIDA E PARCIALMENTE PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA".

(TJGO, APELAÇÃO CÍVEL 96267-35.2012.8.09.0051, Rel. DR(A). WILSON SAFATLE FAIAD, 6ª CÂMARA CÍVEL, julgado em 08/07/2014, DJe 1584 de 15/07/2014, g.)

Quanto ao prequestionamento buscado pela

Apelante, com o propósito de interposição de recurso aos Tribunais Superiores, relevante ponderar que o Código Instrumental consagra o princípio do livre convencimento motivado, dando ao julgador a plena liberdade de analisar as questões trazidas à sua apreciação, desde que fundamentado o seu posicionamento.

Ademais, inquestionável que o prequestionamento necessário ao ingresso nas instâncias especial e extraordinária não exige que o acórdão recorrido mencione, expressamente, os artigos indicados pelas partes, já que se trata de exigência referente ao conteúdo e não à forma.

Sobre a matéria, confira-se o entendimento esposado pelo Superior Tribunal de Justiça:

"(...) 5. "O magistrado não está obrigado a responder todas as alegações das partes, a ater-se aos fundamentos por elas apresentados, tampouco a rebater um a um todos seus argumentos" (EDcl no MS 11.524/DF, Rel. Ministra Laurita Vaz, Terceira Seção, julgado em 16/2/2009, DJe 27/2/2009). 6. Decisão recorrida devidamente fundamentada e mantida por seus próprios fundamentos. 7. Agravo regimental não provido." (STJ, AgRg no REsp 1029927, 1ª Turma, Rel(a). Min(a). BENEDITO GONÇALVES, DJe 20/04/2009). Grifei.

Desnecessária, pois, a análise individual dos artigos de lei trazidos pela Recorrente, até porque o Poder Judiciário não traz consigo a atribuição de órgão consultivo. A este respeito:

"(...) 2. Estando a matéria exaustivamente analisada nos autos, de acordo com a jurisprudência predominante aplicável à espécie, mostra-se infundado o prequestionamento, mesmo porque, o Poder Judiciário não é

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

órgão consultivo. 3. (...). 4. *Agravo regimental conhecido e desprovido.*” (TJGO/5ª CC, AC nº 503500-91.2007.8.09.0051, Rel. Des. GERALDO GONÇALVES DA COSTA, DJ nº 1657 de 27/10/2014). Grifei.

EM FACE DO EXPOSTO, **conheço** desta Apelação e **lhe NEGO provimento**, mantendo integralmente a sentença, por estes e por seus próprios fundamentos.

É o voto.

Goiânia, 9 de julho de 2015.

DIÁC. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO
Juiz de Direito Substituto em Segundo Grau
Relator

APELAÇÃO CÍVEL Nº 212359-96.2012.8.09.0051
(201292123591) GOIÂNIA

APELANTE: UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
APELADOS: WASHINGTON BORGES E OUTROS
RELATOR: **DIÁC. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO**
Juiz de Direito Substituto em Segundo Grau

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO FIRMADO ATRAVÉS DO SINDICATO DOS HOTÉIS, RESTAURANTES, BARES E SIMILARES DO ESTADO DE GOIÁS - SINDIHORBS. APOSENTADOS. EXIGÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO VÍNCULO SINDICAL. CONTRATOS FIRMADOS HÁ MAIS DE 20 (VINTE) ANOS. IRRAZOABILIDADE. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFES DO CONSUMIDOR. PREQUESTIONAMENTO.

1. Há perfeita incidência normativa do Código de Defesa do Consumidor nos contratos atinentes aos planos, ou seguros de saúde, como aquele avençado entre as partes, podendo definir-se, como sendo um serviço, a cobertura do seguro médico ofertada pela demandada, consubstanciada no pagamento dos procedimentos clínicos decorrentes de riscos futuros estipulados no contrato aos seus clientes, os quais são destinatários finais deste serviço. Inteligência do art. 35 da Lei 9.656/98.

2. Não se mostra razoável a exigência, formulada pela UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO de que os Apelados apresentassem, em prazo

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

exíguo, documentação atestando a situação, ativa, da empresa filiada ao SINDIHORBS, bem como de que permanecem filiados ao respectivo Sindicato, notadamente porque os contratos em discussão foram firmados há mais de 20 (vinte) anos, motivo pelo qual, deve ser resguardada a boa-fé contratual e a segurança da contratação.

3. É incontroverso que a Lei nº 9.656/98 garantiu ao consumidor o direito de manter a sua condição de segurado de plano de saúde empresarial, mesmo após a extinção do seu contrato de trabalho ou de sua aposentadoria, desde que assuma o pagamento integral da contraprestação. Precedentes desta Corte de Justiça.

4. Inviável a pretensão de manifestação expressa acerca de determinados dispositivos citados, porquanto, dentre as funções do Poder Judiciário, não lhe é atribuída a de órgão consultivo.

APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E DESPROVIDA.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **APELAÇÃO CÍVEL Nº 212359-96.2012.8.09.0051 (201292123591)**, da comarca de Goiânia, em que figuram como Apelante **UNIMED GOIÂNIA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO** e como Apelados **WASHINGTON BORGES E OUTROS.**

Acorda o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, em sessão pelos integrantes da Terceira Turma Julgadora da Quinta

Gabinete do Desembargador Francisco Vildon J. Valente

212359-96-AC (25-K)

Câmara Cível, à unanimidade de votos, **em conhecer da Apelação e desprovê-la**, nos termos do voto do relator.

Votaram com o relator, os Desembargadores Olavo Junqueira de Andrade e Alan S. de Sena Conceição.

Presidiu a sessão o Desembargador Alan S. de Sena Conceição.

Representou a Procuradoria Geral de Justiça o Dr. Wellington de Oliveira Costa.

Goiânia, 9 de julho de 2015.

DIÁC. DR. DELINTRO BELO DE ALMEIDA FILHO

Juiz de Direito Substituto em 2º Grau

Relator