



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000000407

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1025189-61.2023.8.26.0032, da Comarca de Araçatuba, em que é parte recorrente Unimed de Três Lagoas - Cooperativa de Trabalho Médico, é a parte recorrida Maria da Penha Medeiros Oliveira, Henrique Medeiros Novaes Por curador.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª Câmara de Direito Privado, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores: ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES (Presidente sem voto), ELCIO TRUJILLO E COELHO MENDES.

São Paulo, 6 de janeiro de 2025.

JAIR DE SOUZA

Relator

Assinatura Eletrônica

Voto nº: 21949

Apelação nº: 1025189-61.2023.8.26.0032

Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado

Comarca de origem: Araçatuba

Foro de origem: Foro de Araçatuba

Vara de origem: 1ª Vara Cível

Juiz(a) de origem: Sérgio Ricardo Biella

Recorrente: Unimed de Três Lagoas - Cooperativa de Trabalho Médico

Recorrido(a): Maria da Penha Medeiros Oliveira, Henrique Medeiros Novaes Por curador

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Manutenção. Insurgência em face da r. sentença que condenou a operadora a manter o plano de saúde. Modalidade coletivo. Autor portador de doença neurológica (sequelas de AVC hemorrágico). Alegações da operadora da legalidade da rescisão, necessidade de litisconsórcio com a estipulante, assim como de que a internação domiciliar não encontra previsão no rol taxativo da ANS, pelo que não tem obrigação legal e contratual de cobertura. Descabimento. Preliminar de litisconsórcio passivo necessário afastada, pois a empresa estipulante não possui mais vínculo com o segurado após a rescisão do contrato de trabalho. Pretensão de continuidade do plano de saúde, vez que o autor ainda se encontra em tratamento médico. Aplicabilidade do CDC. Abusividade na rescisão detectada, ferindo a boa-fé contratual e a função social do contrato. Peculiaridades do caso concreto que autorizam a sua manutenção. Cobertura de "home care" devida, vez que há indicação médica expressa. Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO DESPROVIDO.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 319/325, que julgou procedentes os pedidos formulados pela parte autora, consistentes, em síntese, na obrigação de fazer para restabelecer o plano de saúde firmado entre as

partes, bem como fornecer o tratamento “home care”, nos termos do relatório médico.

A seguir, colaciona-se o dispositivo da r. sentença:

“(…) Ante o exposto, com fundamento no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, JULGO PROCEDENTES os pedidos formulados na inicial, para condenar a requerida na obrigação de fazer consistente em restabelecer o plano de saúde firmado entre as partes, em seus exatos termos, prazo de 05 (cinco) dias, sob pena de multa diária, bem como em fornecer ao autor o serviço de internação domiciliar (home care), nos termos do relatório médico de fls. 51/58. Em consequência, confirmo a tutela de urgência deferida na decisão de fl. 94, nos moldes ali delineados. ucumbente, arcará a requerida com o pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios, fixados, nos termos do artigo 85, §2º, do Código de Processo Civil, em 10% sobre o valor atualizado da causa. P.I.C.”

Inconformada, a parte recorrente-requerida aduz, PRELIMINARMENTE, o litisconsórcio passivo necessário em relação à empresa estipulante, pois, na qualidade de ex-empregadora, é a pessoa jurídica responsável pela inclusão ou exclusão de segurados.

No mérito, argumenta que não tem obrigação de manter o contrato coletivo empresarial, nos termos da legislação de regência. Aduz, ainda, que a internação domiciliar não encontra previsão no rol taxativo da ANS, pelo que não tem obrigação legal e contratual de cobertura. Requer, ainda, a inversão do ônus sucumbencial, nos termos do artigo 85 e seguintes do Código de Processo Civil.

Recurso tempestivo e sem preparo (gratuidade judiciária - fls. 71).

A parte recorrida apresentou contrarrazões (fls. 176/183), requerendo o desprovemento do recurso, a manutenção da r. sentença, assim como a consequente majoração da condenação da recorrente nos honorários sucumbenciais em 20% do valor atualizado da causa.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

O recurso está formalmente em ordem.

É o relatório.

O recurso **NÃO** merece **PROVIMENTO**.

A r. sentença apelada deve ser mantida.

Pois bem. Inicialmente, quanto preliminar suscitada pela recorrente, não merece prosperar. Isto porque na relação contratual em discussão, a empresa figurava como mero estipulante empregador, posição esta que se extinguiu com a rescisão do contrato de trabalho entre ela e o segurado. AFASTADA, portanto, tal preliminar.

No mérito, a aplicabilidade do diploma consumerista ao caso concreto é inconteste, sendo pertinente apegar-se aos termos da súmula 608 do C. STJ (que de maneira sucinta e objetiva dispara):

“Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

Pode-se dizer que a discussão sobre as cláusulas do contrato de plano de saúde coletivo igualmente atrai a aplicação das normas do Código de Defesa do Consumidor, pois os beneficiários do plano de saúde se enquadram no conceito de consumidor, vez que se utilizam dos serviços na condição de destinatários finais (art. 2º do CDC). Da mesma forma, as empresas de plano de saúde se enquadram no conceito de fornecedor de serviços, uma vez que prestam serviços de assistência à saúde, mediante remuneração (art.3º, caput e §2º, do CDC).

E em que pese a argumentação da parte apelante, a r. sentença demonstra-se suficientemente fundamentada, aqui também adotada como razão de decidir, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP.

Na Seção de Direito Privado desta Corte, o art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP tem sido reiteradamente utilizado por esta Câmara, que prevê em seu texto a possibilidade de ratificação dos fundamentos da decisão recorrida, em que possui motivação suficiente, conforme segue:

Art. 252. Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente

motivada, houver de mantê-la.

Aliás, este dispositivo regimental tem sido aplicado para dar concretude à garantia constitucional da tutela jurisdicional célere, previsto no art. 5º, LXXVIII, da CF.

Ademais, o C. STJ tem prestigiado este entendimento ao reconhecer a possibilidade da ratificação do juízo de valor firmado em sentença, transcrevendo-a em acórdão. (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rei.Min. João Otávio de Noronha, j . de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rei. Min. Castro Meira, j . de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rei. Min. Eliana Calmon, j . 17.12.2004 e REsp nº 265.534- DF, 4ª Turma, Rei. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003).

Por oportuno, deve ser ressaltado o seguinte trecho da r. sentença, em que demonstra-se suficientemente motivada:

“(…) Incontrovertida a relação jurídica entre as partes, consistente na contratação de plano de saúde coletivo por meio da contratante Powerchina Brasil Construtora Ltda. Inobstante a possibilidade de rescisão do plano de saúde nos contratos coletivos, as peculiaridades do presente feito devem ser consideradas, o que justifica a manutenção do plano de saúde em questão. No caso em tela, há prova farta de que o autor apresenta estado de saúde debilitado por doença incapacitante (eutrófico, acamado, tetraplégico, traqueostomizado), necessitando, inclusive, de internação domiciliar (home care). Nesse cerne, deve ser observada a tese firmada pelo C. Superior Tribunal de Justiça no Tema 1.082 dos Recursos Repetitivos, eis que referido precedente envolve situação de cancelamento unilateral do plano por iniciativa da operadora de saúde, cenário debatido nos presentes autos: "A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular que integralmente com a contraprestação devida." Destarte, em

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

observância aos princípios da boa-fé e da função social do contrato, de rigor o reconhecimento da abusividade do encerramento do plano de saúde quando o beneficiário está em tratamento médico. Se o objetivo é a preservação da saúde, não se pode admitir a exclusão de um segurado em pleno tratamento de saúde de doença diagnosticada quando da vigência da apólice, pois a chance de contratar outro plano é menor e, ainda, certamente será em vultosa quantia. Os direitos inseridos no contrato firmado entre as partes referem-se à vida, saúde e bem-estar dos beneficiários do plano, motivo pelo qual não podem ser ceifados de maneira arbitrária e em dissonância com os preceitos normativos protetivos.

Sobre o tema: "PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO DE CÂNCER. DOENÇA GRAVE. EXTINÇÃO DO CONTRATO COLETIVO. MANUTENÇÃO DA COBERTURA DOS TRATAMENTOS. Sentença de parcial procedência, condenando a ré a custear o tratamento de carbo e doxil x6 a cada 28 dias, por seis ciclos, no prazo de cinco dias, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a R\$ 10.000,00, com observação de caber à autora custear honorários médicos se profissional não credenciado. Irresignação da ré. Rescisão de contrato coletivo empresarial de plano de saúde, em razão de inadimplemento da empresa estipulante. Extinção do plano coletivo que não exime o plano de saúde de manter o custeio do tratamento da apelada, acometida por doença grave (câncer). Tese firmada pelo STJ em julgamento de recursos repetitivos (Tema 1.082). Custeio proporcional do plano de saúde pela apelada. Manutenção do custeio pela apelante até alta do tratamento da apelada ou até oferecimento de opção para portabilidade do plano de saúde. Aplicação da Resolução CONSU 19 e da RN 438/2018 da ANS. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO." (TJSP; Apelação Cível 1044007-25.2021.8.26.0002; Relator (a): Carlos Alberto de Salles; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 29/08/2022; Data de Registro: 29/08/2022).

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO DURANTE O PERÍODO DE TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES. SÚMULA 83/STJ. ART. 105, III, A E/OU C, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. "A jurisprudência desta Corte considera abusiva a rescisão contratual de plano de saúde, por parte da operadora, independentemente do regime de contratação (individual ou coletivo), durante o período em que a parte segurada esteja submetida a tratamento médico de emergência ou de urgência garantidor da sua sobrevivência e/ou incolumidade física, em observância ao que estabelece o art. 35-C da Lei n. 9.656/1998" (AgInt no REsp 1791755/RS, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 30/9/2019, DJe 3/10/2019). 2.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Tendo o acórdão recorrido decidido em consonância com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, incide, na hipótese, a Súmula 83/STJ, que abrange os recursos especiais interpostos com fundamento nas alíneas a e/ou c do inciso III do art. 105 da Constituição Federal. 3. Agravo interno a que se nega provimento." (STJ - AgInt no AgInt no AREsp: 1537299 SP2019/0196783-4, Relator: Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Data de Julgamento: 20/04/2020, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 24/04/2020).

Assim, de rigor a condenação da requerida na obrigação de fazer de restabelecimento do plano de saúde, em seus exatos termos. No que atine ao descumprimento da tutela de urgência, a despeito da decisão de fl. 94 não ser expressa, continha em seu comando implicitamente o restabelecimento do plano de saúde, pois só assim poderia ser possível o cumprimento da liminar. Contudo, considerando que a requerida efetuou depósitos na conta bancária da genitora do autor, para custeio da internação domiciliar, não há falar em descumprimento."

Em complemento à r. sentença, e em termos gerais, vale refletir que não se pode negar ao beneficiário o direito de realizar o tratamento da melhor maneira possível, sob pena de violação aos princípios da boa-fé objetiva e da função social que devem nortear as relações contratuais, principalmente porque consta dos autos expressa indicação médica para o caso (fls. 51/58).

O paciente, apesar da pouca idade (33 anos), tem sequelas de AVC hemorrágico, apresentando-se eutrófico, acamado, tetraplégico, traqueostomizado, necessitando de mais de 5 aspirações da traqueostomia ao dia (cerca de 15 aspirações/24 hs), dependente de ventilação mecânica não invasiva (BIPAP) por mais de 12 horas ao dia (12 a 14 horas/24 hs), assim como suporte nutricional, atestado expressamente que restaram caracterizados pelo menos dois critérios para indicação imediata de internação domiciliar com enfermagem 24 horas, conforme tabela NEAD (fls. 58). A necessidade de cuidados especiais e imprescindíveis com a alimentação e medicamentos, assim como os laudos apresentados, justificam a assistência requerida.

Neste sentido, ainda, conforme o C. STJ:

“A exclusão de cobertura de determinado procedimento médico/hospitalar, quando essencial para garantir a saúde e, em algumas vezes, a vida do segurado, vulnera a finalidade básica do contrato.” (STJ Resp nº 183719/ SP 4ª Turma Rel. Min. Luis Felipe Salomão DJe 13.10.08).

Porém, não cabe ao plano de saúde - nem ao paciente - escolher a forma de tratamento de uma enfermidade. Somente o médico responsável é quem define e orienta a terapia mais adequada ao caso concreto (fls. 51/58).

Assim também dispõe a Súmula 102 deste E. TJSP a respeito:

“Súmula 102: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”

Quanto aos medicamentos e insumos, de acordo com o artigo 12, inciso II, “c”, “d” e “e” da Lei nº 9.656/98, em regime de internação hospitalar deve haver cobertura de despesas referentes a alimentação e materiais, bem como fornecimento de medicamentos, anestésicos, etc. Equiparando-se o *home care* com a internação, tem-se que deve receber o mesmo tratamento, pois o atendimento é similar, com a única diferença de ser direcionado à residência do paciente.

Diante desse cenário, não há dúvida quanto à indispensabilidade de assistência especializada diária ao apelado, de forma que devem ser mantidos os tratamentos em andamento, conforme requerido pelo médico responsável, não cabendo a limitação no atendimento.

Deve ser ressaltado ainda que a manutenção do plano de saúde ao autor não gera quaisquer prejuízos à operadora, que continua recebendo as mensalidades cobradas de acordo com o contrato e o usuário que permaneceu.

Diante da acertada decisão de primeiro grau, conclui-se que a sentença não merece qualquer reparo.

Destarte, o recurso de apelação deve ser DESPROVIDO, mantendo-se a r. sentença apelada pelos seus próprios fundamentos e pelos ora acrescentados.

No tocante aos honorários advocatícios sucumbenciais, cabível a sua majoração, nos termos do art. 85, §11, do CPC, vez que fixados em 10% sobre o valor da causa, e em razão do presente desprovimento, majorado em 13% deste referencial.

Por último, de forma a evitar a oposição de embargos de declaração destinados meramente ao prequestionamento e de modo a viabilizar o acesso às vias extraordinária e especial, considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional suscitada nos autos, uma vez que apreciadas as questões relacionadas à controvérsia por este Colegiado, ainda que não tenha ocorrido a



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

individualização de cada um dos argumentos ou dispositivos legais invocados, cenário ademais incapaz de negativamente influir na conclusão adotada, competindo às partes observar o disposto no artigo 1.026, §2º do CPC.

Diante do exposto, pelo meu voto, **REJEITO** a preliminar e **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

JAIR DE SOUZA

Relator

(assinatura eletrônica)