



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000000881

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1065448-54.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelada YASMINE AOUN.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI (Presidente) E LIA PORTO.

São Paulo, 7 de janeiro de 2025.

PASTORELO KFOURI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº **8223**

Apelação Cível n. **1065448-54.2024.8.26.0100**

Relator: **Pastorelo Kfouri**

Órgão julgador: **7ª Câmara de Direito Privado**

Comarca: São Paulo/18ª Vara Cível do Foro Central

Juiz (a): Caramuru Afonso Francisco

Apelante (s): Qualicorp Administradora de Benefícios Ltda e Central
Nacional Unimed – Cooperativa Central

Apelado (a)(s): Yasmine Oaun

Ementa: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL. AÇÃO PROCEDENTE. DUPLO APELO. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. CASO EM EXAME

1. Duplo recurso de apelação contra sentença de procedência que determinou a continuidade do contrato de plano de saúde.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. As questões em discussão são a regularidade da rescisão unilateral do plano de saúde de beneficiário em tratamento prolongado e (ii) a legitimidade passiva da administradora de benefícios.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A relação jurídica entre plano de saúde e consumidor é regida pelo CDC, conforme Súmula STJ nº 608.

4. Afasta-se a preliminar de ilegitimidade passiva, reconhecendo-se a higidez do litisconsórcio passivo com a administradora. Administração e operação do plano de saúde fornecido que justificam a legitimação de ambas as demandadas no caso concreto.

5. Autora idosa, com 84 anos, em tratamento oncológico.

6. Aplicação da tese do Tema STJ nº 1.082 garante a continuidade do tratamento para a sobrevivência ou incolumidade física do beneficiário, independentemente de

urgência ou internação.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. Apelações conhecidas e desprovidas.

Tese de julgamento: "A operadora de plano de saúde é obrigada a manter a cobertura de tratamento para paciente idosa em tratamento oncológico, superando a resilição contratual, em aplicação analógica da tese firmada no julgamento do Tema STJ nº 1.082."

Dispositivos relevantes citados: Lei nº 14.842/2024, RN ANS nº 465/2021, nº 539/2022 e nº 541/2022.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula nº 608 e Tema nº 1.082.

Cuida-se de duplo apelo contra a sentença a fls. 506/508, que julgou procedente a ação para determinar a manutenção do contrato de plano de saúde da autora nas mesmas condições anteriormente estabelecidas.

Em suas razões recursais, a administradora de benefícios aduz, preliminarmente, que não é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda. Argumenta que o cancelamento foi realizado pela operadora e não pela administradora.

A operadora de planos de saúde alega que não houve irregularidade no cancelamento do plano de saúde da autora.

Aduz que os tratamentos recorrentes pelos quais naturalmente passam os beneficiários não impedem o cancelamento do contrato.

Assevera que a autora tinha conhecimento das cláusulas contratuais no momento da assinatura do contrato, com as quais concordou.

Sustenta que é possível o cancelamento do plano coletivo desde que o contrato tenha vigorado por 12 meses e que a rescisão seja devidamente notificada, nos termos da Resolução Normativa nº 509/2022 da ANS.

Alega que o prazo de 60 (sessenta) dias foi observado pela operadora, que informou a administradora de benefícios sobre a rescisão e apontou para a necessidade de adoção de providências.

Defende que a regra prevista no art. 13, II, 'b', parágrafo único, da Lei nº 9.656/98, por exclusão, não proíbe a rescisão unilateral de contratos coletivos, como ocorre para os planos individuais e familiares, sendo entendimento consolidado que a referida regra não comporta interpretação extensiva.

Argumenta que, nos termos da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 19, estaria desobrigada a disponibilizar plano individual, se tal não existir em seu portfólio.

Subsidiariamente, em caso de manutenção da sentença, requer a minoração dos honorários de sucumbência, afastando-se o arbitramento em percentual sobre o valor da causa.

Sem contrarrazões.

É o relato do essencial.

Apelações interpostas tempestivamente, com o devido recolhimento dos preparos (fls. 627/628).

Inicialmente há que se observar que a relação jurídica existente entre a operadora de plano de saúde e a autora, conforme entendimento firmado na Súmula STJ nº 608, é de natureza consumerista, razão pela qual será analisada à luz do microssistema

protetivo pautado na vulnerabilidade material e hipossuficiência processual do consumidor.

Rejeita-se a preliminar de ilegitimidade passiva suscitada pela administradora de benefícios, notadamente porque ambas as requeridas têm legitimidade para figurar no polo passivo, já que, respectivamente, propiciam a operação e a administração do plano de saúde fornecido ao usuário, mostrando-se correto o litisconsórcio entre elas.

Neste sentido:

APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL. AÇÃO COMINATÓRIA. RESTABELECIMENTO DO PLANO. TRATAMENTO CONTÍNUO EM CURSO DECORRENTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA. ANEMIA FALCIFORME GRAVE. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. HONORÁRIOS EM 20% DO VALOR DA CAUSA. APELOS DA ADMINISTRADORA E DA OPERADORA. OPOSIÇÃO AO JULGAMENTO VIRTUAL. 1. Preliminar de nulidade de sentença por alegada ocorrência de decisão extra petita rejeitada. Usuário que requereu a manutenção do plano de saúde nos termos da legislação de regência, o que contempla a portabilidade – que já havia sido oferecida pelo figurante polo passivo – e a oferta de um plano de saúde sob as modalidades individual ou familiar. 2. **Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. Hígidez do litisconsórcio passivo com a administradora. Administração e operação do plano de saúde fornecido que justifica a legitimação de ambas as demandadas no caso concreto.** 3. Notificação de rescisão unilateral recebida em 28/04/2023. Necessidade de tratamento contínuo para anemia falciforme grave decorrente de medula óssea

transplantada desde 02/04/2021. 4. Art. 1º da Resolução CONSU nº 19/1999. Art. 8º, IV, da Resolução ANS nº 438/2018. Ausência de comprovação de que as apelantes ofertaram à usuária plano individual ou familiar isento de carência, mas apenas de que disponibilizaram portabilidade. 5. Tema nº 1.082 do C. STJ (STJ, REsp 1.968.998/SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 10/05/2022). Operadora deve assegurar a continuidade do tratamento médico essencial mesmo após a rescisão unilateral do plano coletivo, mediante contraprestação financeira do usuário. 6. Aplicabilidade do art. 13 da Lei nº 9.656/98. Abusividade reconhecida. Sentença mantida. Impossibilidade de majoração da verba honorária sucumbencial, já fixada em seu percentual máximo (art. 85, § 11, do CPC). Desprovimento dos recursos. (TJSP; Apelação Cível 1080380-81.2023.8.26.0100; Relator (a): Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 16ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/10/2024; Data de Registro: 31/10/2024).

No que diz respeito ao cancelamento do plano de saúde coletivo mantido pelos apelados, observo que a questão já foi objeto de análise anterior por este colegiado quando do julgamento do agravo de instrumento nº 2127383-87.2024.8.26.0000, assim ementado:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO REVISIONAL DE ALIMENTOS. GRATUIDADE DA JUSTIÇA. Decisão que indeferiu a concessão dos benefícios da gratuidade da justiça à parte requerida. Insurgência. Argumento de que a prova documental apresentada na origem demonstra sua hipossuficiência financeira e justifica a concessão da gratuidade. Argumenta que é idosa com mais de 85 anos e que mais da metade da renda é direcionada ao pagamento do plano de saúde, estando ela em tratamento oncológico.

JULGAMENTO. Acolhimento das razões recursais. Ausência de elementos nos autos que ilidam a presunção de veracidade da declaração de hipossuficiência. Ainda que a renda ultrapasse em pequena medida os três salários-mínimos, a parte demonstrou grande comprometimento do salário com o plano de saúde, a justificar a concessão dos benefícios. Decisão reformada. Recurso provido.

A situação constante do início do processo perdura até o momento. Não houve apresentação de prova que pudesse ensejar a alteração do entendimento anterior que indeferiu a rescisão contratual naquela oportunidade.

A tese definida no julgamento do Tema STJ nº 1.082 tem lugar na hipótese dos autos, haja vista a indubitável necessidade de manutenção do tratamento da paciente, que é pessoa idosa, com mais de 84 anos, em tratamento oncológico (fls. 16).

A conservação do tratamento da paciente não depende de se tratar de caso de urgência ou internação, mas se estende àquele garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física.

Neste sentido também é o entendimento desta Corte:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE – RESCISÃO IMOTIVADA DE CONTRATO COLETIVO – Ilegitimidade – **Beneficiário que está em tratamento para autismo – Aplicação do Tema 1082, do Superior Tribunal de Justiça** – Operadora que deve 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, mediante o pagamento integral da contraprestação – Decisão

revogada – Agravo provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2155364-28.2023.8.26.0000; Relator: Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/10/2023)

PLANO DE SAÚDE – TUTELA DE URGÊNCIA – DENÚNCIA IMOTIVADA DE PLANO COLETIVO – PEDIDO DE MANUTENÇÃO – Agravante que pretende o reconhecimento da abusividade da rescisão unilateral de plano de saúde coletivo por adesão e a continuidade da cobertura – Preenchimento dos requisitos do art. 300 do CPC – **Agravante que é menor e foi diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista – Relatório do médico assistente que atestou o atraso no desenvolvimento global e a imprescindibilidade do tratamento multidisciplinar pelo método ABA – Verossimilhança da alegação de abusividade do cancelamento imotivado do contrato após diagnóstico de doença grave e recomendação médica para início da intervenção terapêutica – Aplicação analógica do Tema 1082 dos recursos especiais repetitivos do STJ**, em cognição sumária – Perigo da demora decorrente da perda imediata da cobertura com presumíveis dificuldades financeiras de iniciar o tratamento – Decisão reformada – RECURSO PROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2174999-92.2023.8.26.0000; Relator: Angela Moreno Pacheco de Rezende Lopes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mauá - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/08/2023)

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de saúde – Tutela de urgência – Pretensão de manutenção do plano de saúde rescindido nos moldes em que contratado – Deferimento – Insurgência da

operadora ré alegando ser lícita a possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde – **Beneficiário menor diagnosticado com transtorno do espectro autista em tratamento multidisciplinar pelo método ABA** – Plano coletivo com apenas 2 (dois) beneficiários – Probabilidade do direito evidenciada – **Garantia da continuidade da assistência a beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a efetiva alta, com o integral pagamento das mensalidades** – Tese firmada pelo STJ, em julgamento sob o rito dos recursos especiais repetitivos (Tema 1082) – Resilição unilateral de contratos com menos de 30 beneficiários pela operadora vinculado a justificativa idônea, em virtude da vulnerabilidade desse grupo de usuários – Jurisprudência do STJ – Perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo – Interrupção abrupta de todo o tratamento pode ocasionar sérios e graves prejuízos ao seu desenvolvimento – Multa diária bem fixada em R\$ 1.000,00 por dia de descumprimento – Valor que considerara os parâmetros da razoabilidade e proporcionalidade – Precedentes desta Câmara – Decisão mantida – **NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO.** (TJSP; Agravo de Instrumento 2170704-12.2023.8.26.0000; Relator: Alexandre Coelho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VI - Penha de França - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/08/2023)

Portanto, em relação à necessidade de continuação do atendimento, a sentença não comporta reparos.

Os honorários devidos aos patronos da parte autora permanecem fixados em 10% sobre o valor da causa atualizado, por se tratar de valor compatível com o pedido de manutenção do contrato, pretensão sem reflexo patrimonial direto.

Deixo de proceder à majoração da verba pela ausência de apresentação de contrarrazões.

Para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada a matéria, evitando-se a interposição de embargos de declaração com esta única e exclusiva finalidade, observando o pacífico entendimento do STJ de que desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205/SP, Min. Felix Fischer, DJ de 08/05/2006). Àqueles manifestamente protelatórios (incluindo os que pretendam a reanálise do mérito pela via inadequada) aplicar-se-á a multa prevista no art. 1.026, §§ 2º e 3º, do CPC.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos de apelação.

PASTORELO KFOURI
Relator