



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000001331

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1055523-34.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada IRACEMA MACHADO TILTSCHER.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **NEGARAM PROVIMENTO ao recurso, na parte conhecida, majorados os honorários advocatícios devidos pela ré para 12% do valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, par. 11º, do CPC. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores CLAUDIO GODOY (Presidente), ALEXANDRE MARCONDES E ENÉAS COSTA GARCIA.

São Paulo, 7 de janeiro de 2025.

CLAUDIO GODOY

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n. 1055523-34.2024.8.26.0100

Comarca: São Paulo

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelada: Iracema Machado Tiltscher

Juiz: Dr. Daniel Lucio da Silva Porto

Voto n. 31.939

**DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE
COLETIVO EMPRESARIAL. RESOLUÇÃO.
BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO.
MANUTENÇÃO DO PLANO. RECURSO
DESPROVIDO.**

I. Caso em Exame

Recurso de apelação interposto contra sentença que determinou a manutenção do plano de saúde em favor da autora, enquanto perdurar seu tratamento médico, mediante contraprestação.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em verificar a possibilidade de resolução contratual durante tratamento médico.

III. Razões de Decidir

3. O recurso, em parte, viola o princípio da dialeticidade. Tema referente a índices de reajuste aplicados que é estranho ao feito.

4. Operadora que deve assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais durante tratamento médico, mesmo após resolução unilateral do plano coletivo. Tema 1.082 do STJ.

IV. Dispositivo

5. Recurso desprovido, na parte conhecida.

Cuida-se de recurso de apelação interposto contra sentença (fls. 260/265 e 291/292) que julgou procedente a ação, para determinar a manutenção do plano de saúde em relação à autora, enquanto perdurar seu tratamento médico, mediante devida contraprestação. Em razão da sucumbência, foi a ré condenada ao

pagamento das custas e despesas processuais, bem como de honorários advocatícios fixados em 10% do valor da causa.

Sustenta a ré, em sua irresignação (fls. 295/323), inexistir irregularidade do reajuste anual e por sinistralidade, tratando-se de plano coletivo empresarial, havida, ainda, previsão contratual de aplicação de referidos reajustes. Anota, assim, ser indevida a incidência dos reajustes autorizados pela ANS para planos individuais e familiares, sob pena de causa desequilíbrio econômico-financeiro no contrato. Ainda argumenta que, ausente desembolso indevido pela autora, se revela descabida a devolução dos supostos valores pagos por ela a maior. De qualquer forma, assevera havida prescrição de referida pretensão. Afirma, também, que deve ser apurado em liquidação de sentença o percentual de reajuste que se revela adequado ao caso, nos termos do Tema 952 do STJ. Ademais, alega ausência de abusividade da cláusula que permite a resolução contratual de forma imotivada por qualquer das partes e não comercializar planos individuais, não podendo, pois, ser obrigada a proporcionar portabilidade a plano inexistente.

O recurso foi regularmente processado e respondido (fls. 341/349), requerendo a recorrida a condenação da ré por litigância de má-fé, devido à interposição de recurso protelatório.

É o relatório.

Como é sabido, o apelo deve se voltar

especificamente contra as razões da sentença recorrida. Deve atacar seus fundamentos. Na lição de Araken de Assis, a respeito dos requisitos ao atendimento do que considera ser o princípio da dialeticidade, *“é preciso que haja simetria entre o decidido e o alegado no recurso. Em outras palavras, a motivação deve ser, a um só tempo, específica, pertinente e atual”* (**Manual dos Recursos, 3ª ed., RT, p.103**). Neste sentido, precedentes desta Câmara: **Ap. Cív. n. 9170031-22.2008.8.26.0000, rel. Des. Luiz Antonio de Godoy, 1ª Câmara de Direito Privado do TJSP, j. em 06/03/2012; Ap. Cív. n. 0163376-13.2010.8.26.0100, rel. Des. Rui Cascaldi, 1ª Câmara de Direito Privado do TJSP, j. em 04/12/2012.**

Dito ainda de outro modo, mesmo por imposição do preceito do artigo 1.010, II e III, do Código de Processo Civil, a apelação deve conter as razões do inconformismo, assim atacando, específica e justificadamente, os fundamentos da sentença recorrida. Porém, o que, mesmo em parte, não verificado no apelo.

Colhe-se dos autos que a autora, com 89 anos de idade (fls. 22), segundo relatório médico de fls. 68, faz acompanhamento médico no Hospital do Coração, há mais de vinte anos, por ser portadora de *“pneumopatia intersticial fibrosante dependente parcialmente de oxigênio, infarto do miocárdio antigo tratado c/ angioplastia/stent, arritmia cardíaca (fibrilação atual) sendo necessário uso de anticoagulante”*, além de *“hipertensão arterial, diabetes e insuficiência renal crônica”*. Pretende, assim, a manutenção

do contrato coletivo empresarial firmado entre a ex-empregadora de seu falecido cônjuge e a ré, que foi resilido por iniciativa desta última.

A ação ajuizada pela autora foi julgada procedente, *“para determinar a manutenção do plano de saúde objeto da lide em relação à autora enquanto perdurar seu tratamento médico em curso (ou seja, até alta médica), nos mesmos moldes já contratados, mediante a devida contraprestação”* (fls. 265).

Agora, no apelo, a ré, além de trazer argumentos pertinentes à presente demanda, referentes à licitude da resolução contratual e à impossibilidade de oferecer plano individual à autora, defende a ausência de abusividade dos reajustes anuais e por sinistralidade, tratando-se de plano coletivo empresarial, bem como ser indevida a incidência dos reajustes autorizados pela ANS para planos individuais e familiares.

Todavia, referidos argumentos, atinentes a índices de reajuste do plano, não guardam qualquer relação com os fundamentos da sentença, em que, inclusive, se anotou expressamente que *“não é objeto da presente demanda a apuração da regularidade dos índices de reajuste praticados requerida”* (fls. 262). Tem-se, pois, evidente, ainda que em parte, violação ao princípio da dialeticidade.

De resto, não se entende esteja a

sentença apta a merecer reparo.

Com efeito, ainda que haja previsão de possibilidade de resolução contratual, por qualquer das partes, desde que mediante aviso prévio de sessenta dias (fls. 226), não se entende cabível a recusa à manutenção da cobertura enquanto perdurar o atendimento, assim devida a assistência médica ao menos até que se encerre o tratamento prescrito à autora.

Neste cenário, de tratamento de enfermidades graves em curso, não se há de olvidar a orientação recentemente firmada no âmbito do Superior Tribunal de Justiça, no rito dos repetitivos (**Tema 1.082**): *“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 arque integralmente com a contraprestação devida”*.

Daí se põe, de resto, a previsão e a interpretação extensiva do art. 13, parágrafo único, inciso III, da Lei 9.656/98, no sentido de que vedada a suspensão ou rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

Especificamente acerca da limitação quanto à possibilidade de rescisão do contrato coletivo durante

tratamento de doença grave, vale conferir os precedentes da Corte Superior, evidenciando inexistir qualquer impossibilidade jurídica para seu cumprimento, tanto mais se decorrente de ordem judicial e se o que se pretende é a preservação da cobertura atual:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CUSTEIO EXCLUSIVO DO EMPREGADOR. MANUTENÇÃO DO EXEMPREGADO APOSENTADO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE COBERTURA ENQUANTO PERDURAR O TRATAMENTO. PRECEDENTES. 1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que, "nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador, não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto.(REsp 1.680.318/SP e REsp 1.708.104/SP, SEGUNDA SEÇÃO, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, DJe 24/08/2018)

2. No entanto, ainda que o ex-empregado aposentado não tenha direito à permanência no plano de saúde, deve ser mantida a cobertura enquanto submetido a tratamento de doença grave. Precedentes.

[...]

A jurisprudência de ambas as Turmas que compõem a Segunda Seção desta Corte firmou entendimento no sentido

da impossibilidade de rescisão do contrato de plano de saúde, seja individual ou coletivo, por parte da operadora, durante o período em que o beneficiário esteja submetido a tratamento médico, como no caso dos autos, no qual o segurado encontra-se em tratamento de doença cardíaca grave. In casu, a conclusão do Tribunal estadual de que resta obstada a rescisão do contrato em relação ao beneficiário em tratamento médico está em notória harmonia com a orientação jurisprudencial sedimentada desta Corte Superior.” (destaques acrescidos) (AgInt no REsp n. 1882719, rel. Min. Paulo de Tarso Sanseverino, j. em 12/04/2021)

“O plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência), após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (art. 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009). Nada obstante, no caso de usuário em estado de saúde grave, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), deve-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença. Precedente. Súmula nº 568 do STJ.” (destaque acrescido) (STJ, AgInt no REsp n. 1841372, rel. Min. Moura Ribeiro, j. em 17/02/2020)

“É 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. Súmula 568/STJ.” (destaque acrescido) (STJ, AgInt no AREsp n. 1573016, rel. Min. Nancy Andrighi, j. em 30/03/2020)

“Como dito anteriormente, o autor, ora agravado, necessita de tratamento para seu quadro de insuficiência renal crônica, sendo de alto risco sua condição em decorrência de comorbidades relacionadas e da debilidade física, circunstâncias que demandam abordagem terapêutica continuada com sessões de hemodiálise, 6 vezes por semana, com 2 horas de duração, em clínica credenciada pela ré, ora recorrente, conforme consta do relatório médico de fl. 35 (fl. 208). Os pedidos iniciais foram julgados procedentes para confirmar a decisão que antecipou os efeitos da tutela e condenar a ré na obrigação de fazer consistente na manutenção do autor como seu beneficiário, com a observância das mesmas coberturas contratadas no plano de saúde coletivo (fls. 12/13), até que lhe seja oferecida proposta de contrato individual de assistência médicohospitalar nos moldes das coberturas do plano de assistência à saúde coletivo por adesão, independentemente do cumprimento de novos prazos de carência, mediante a contraprestação mensal da quantia de R\$ 261,66 - fl. 210 e-STJ, decisão mantida pelo Tribunal local. Com efeito, 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 AREsp 1.226.181/DF, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 22/05/2018, DJe de 1º/06/2018) (...) Observa-se, assim, que a matéria debatida pela parte agravante encontra-se pacificada nesta Corte nos termos do que decidido pelo Tribunal de origem." (STJ, AgInt no REsp n. 1.807.410, rel. Min. Raul Araújo, j. em 07/11/2019)

“DIREITO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. DECURSO DO PRAZO FIXADO NO ART. 30, PARÁGRAFO 1º, DA LEI 9.656/1998. OBRIGAÇÃO DA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE ASSEGURAR A DISPONIBILIDADE DE UM PLANO NA MODALIDADE INDIVIDUAL OU FAMILIAR ENQUANTO PERDURAR A NECESSIDADE DE TRATAMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA OU DE URGÊNCIA, SEM NOVOS PRAZOS DE CARÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. RECURSO NÃO PROVIDO. 1. Em face do quadro de saúde em que se encontrava a segurada, tratamento de câncer de mama, a operadora, ao invés de disponibilizar seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, negou direito fundamental da pessoa humana, cancelando unilateralmente o plano de saúde da apelada, deixando-a desamparada justamente no momento em que ela mais necessitava dos serviços oferecidos. 2. Inegável que tal atitude causou sofrimento e angústia à segurada, além de atentar contra a dignidade da pessoa humana, ou caso se prefira, a um direito fundamental da personalidade, gerando, assim, o dever de indenizar. 3.

Rever o entendimento do Tribunal de origem quanto ao cabimento da indenização por danos morais demandaria, inevitavelmente, o exame do contexto fático-probatório dos autos, atraindo o óbice da Súmula 7/STJ.

4. É abusiva a rescisão contratual de plano de saúde, por parte da operadora, tanto no regime de contratação individual ou coletivo, durante o período em que a parte beneficiária esteja sendo submetida a tratamento médico de urgência ou emergência visando salvaguardar a sobrevivência do paciente, como preceituado pelo art. 35-C da Lei n.º 9.656/1998. - Precedentes.” (destaque acrescido) (STJ, AgInt no REsp n. 1.603.764, rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. em 29/10/2019)

No mesmo sentido, já decidiu este Tribunal:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Plano de saúde. Plano coletivo empresarial. Encerramento do prazo de manutenção de 24 meses concedido ao beneficiário (dependente) após a demissão do genitor (titular), nos termos do § 1º do artigo 30 da LPS. Alegação de abusividade na conduta da operadora, que pretendia encerrar a cobertura durante o tratamento para o quadro de Transtorno do Espectro Autista. Sentença de procedência. Irresignação da operadora. Não acolhimento. Obrigatoriedade de manutenção no caso concreto. Operadora não poderia se ater exclusivamente à letra fria da lei, devendo ser observadas as peculiaridades do caso concreto, especialmente a doença grave enfrentada pelo paciente e o fato de encontrar-se em meio ao tratamento. Eventual portabilidade, nos moldes defendidos pela

operadora, importaria em prejuízos ao tratamento em curso. Violação à dignidade da pessoa humana, à boa-fé contratual e à função social do contrato. Dever de manter o requerente no plano na modalidade individual até a alta médica, mediante o pagamento integral das mensalidades. Jurisprudência do TJSP. Sentença mantida. RECURSO IMPROVIDO.” (destaques acrescidos) (Apelação Cível n. 1027764-03.2020.8.26.0564, rel. Des. Maria Salete Corrêa Dias, 2ª Câmara de Direito Privado, j. em 06/12/2021)

“AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Plano de saúde coletivo. Demissão sem justa causa. Prorrogação de seguro saúde pelo período legal de 11 meses. Pretensão de prorrogação por período indeterminado para dar continuidade de tratamento de câncer (...). Cabimento parcial. Plano de saúde Possibilidade de rescisão unilateral até mesmo imotivada. Inaplicabilidade do art. 13 da Lei nº 9.656/98, destinado apenas aos planos de saúde individuais. Observância ao período de prorrogação legal, entretanto, diante da somatória dos elementos descritos é imprescindível assegurar ao beneficiário e seus dependentes a manutenção do contrato, sobretudo considerado o tratamento em curso, o estado de saúde e a ínfima possibilidade de contratação com nova operadora de saúde. Reconhecimento da necessidade de manutenção do plano de saúde contratado até que seja possível a migração para outro plano. Recurso parcialmente provido para determinar a manutenção do contrato vigente, por prazo suplementar de mais dois anos, a partir da prolação do acórdão, ou enquanto algum de seus beneficiários estiver sob tratamento ou dele necessitar.” (destaques acrescidos) (Apelação Cível

n. 1001325-46.2015.8.26.0655, Rel. James Siano, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 06/12/2017)

*“Plano de saúde. Trabalhadora demitida sem justa causa. Sentença que entende pela impossibilidade de manutenção em plano de saúde porque ausente participação da empregada no pagamento das mensalidades. Natureza jurídica da participação do empregado no custeio do contrato, se a título de contribuição ou participação, que é irrelevante. Cota do empregado, que sempre foi paga pelo empregador, que configura contribuição indireta. Precedentes. Diante do tempo que autora permaneceu vinculada ao plano de saúde, teria ela o direito de manutenção por nove meses, contados da demissão. Todavia, seu filho menor, portador de Síndrome de Down, estava em meio a tratamento de imperfeição retal. Aplicação, por analogia, do artigo 13, III, da Lei 9.656/98. Impossibilidade de rescisão do contrato durante a realização do tratamento. Determinação de manutenção até o completo restabelecimento do menor, no que tange àquele procedimento, com liberação médica e mediante pagamento da integralidade da mensalidade, pela autora, incluída a parcela paga pela antiga empregadora. Ação julgada parcialmente procedente. Recurso parcialmente provido.” (destaque acrescido) **(Apelação Cível n. 1000483-82.2015.8.26.0003, Rel. Araldo Telles, 10ª Câmara de Direito Privado, j. 31/10/2017)***

“PLANO DE SAÚDE Rescisão do contrato, por findo período de extensão acertado entre o pai da autora,

titular do plano, e a operadora, após a rescisão do contrato de trabalho Autora diagnosticada com tumor maligno na tireoide, que obteve autorização para internação no curso da vigência do contrato, sendo a realização da cirurgia consecutório lógico da internação Impossibilidade da rescisão do contrato durante a realização do tratamento, aplicado o artigo 13, III, da Lei 9.656/98, por analogia Precedentes jurisprudenciais Ressalva de que a cobertura deve vigor até encerrado o tratamento, com liberação médica e de que a autora deve arcar com a integralidade da prestação mensal, incluída a parcela paga pela antiga empregadora Dano moral não configurado, por ser a situação mera vicissitude da vida, sem demonstração de abalo psicológico indenizável *Decisão parcialmente reformada. Apelação parcialmente provida.”* (destaque acrescido) **(Apelação Cível n. 4001123-65.2013.8.26.0565, Rel. João Carlos Saletti, 10ª Câmara de Direito Privado, j. 10/05/2016)**

Na hipótese dos autos, ademais, cumpre observar que a sentença, diversamente do sugerido nas razões recursais, não impôs à operadora a obrigação de proporcionar portabilidade a plano individual, cuja comercialização estaria suspensa, mas apenas determinou “o restabelecimento do plano de saúde firmado entre as partes, inclusive com a obrigação de manutenção da cobertura e da rede credenciada previamente existente, ao menos até que seja ofertada à autora a migração para plano individual em outra operadora em condições semelhantes de rede e dispensa de carência” (fls. 264). Tal imposição garante à autora a possibilidade de continuidade do tratamento.

Assim, a fim de resguardar situação de urgência e, afinal, a própria indenidade física da autora, acometida de diversas moléstias, deve-se manter a sentença apelada, com manutenção do tratamento junto à apelante.

Por fim, e ao revés do quanto pleiteado pela apelada, não há litigância de má-fé a reconhecer, ausente subsunção da apelante a quaisquer das hipóteses do artigo 80 do Código de Processo Civil.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso, **na parte conhecida**, majorados os honorários advocatícios devidos pela ré para 12% do valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, par. 11º, do CPC.

CLAUDIO GODOY
Relator