



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000004634**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1020667-75.2023.8.26.0004, da Comarca de São Paulo, em que é apelante EUCLIDES MATEUS OLIVERA, é apelado BRADESCO SAÚDE - OPERADORA DE PLANOS S.A.

**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. 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, 8 de janeiro de 2025.

**CLAUDIO GODOY**  
**Relator(a)**  
Assinatura Eletrônica

## APELAÇÃO CÍVEL

Processo n. 1020667-75.2023.8.26.0004

Comarca: São Paulo

Apelante: BRADESCO SAÚDE S/A

Apelada: EUCLIDES MATEUS OLIVEIRA

Juiz: Ricardo Borea Borges

Voto n. 31.950

### **DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO.**

#### **I. Caso em Exame**

1. Recurso de apelação interposto contra sentença que condenou a ré a manter o autor e sua dependente no plano de saúde coletivo empresarial, nas mesmas condições de cobertura e preço dos funcionários ativos, com custeio integral das mensalidades pelo autor. A ré foi condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios.

#### **II. Questão em Discussão**

2. A questão em discussão consiste em examinar a (i) ilegitimidade passiva da ré, alegando-se que o contrato foi firmado com a empresa estipulante; (ii) necessidade de litisconsórcio passivo com a estipulante; (iii) regularidade do cancelamento da apólice conforme previsão legal.

#### **III. Razões de Decidir**

3. A legitimidade passiva da ré Bradesco Saúde S/A é reconhecida, pois o beneficiário se reporta diretamente a ela, além da estipulante.

4. A manutenção do plano de saúde é devida enquanto perdurar o tratamento da dependente do autor, conforme entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça sobre a continuidade de cuidados assistenciais em casos de tratamento médico.

#### **IV. Dispositivo**

5. Recurso desprovido.

Cuida-se de recurso de apelação interposto contra sentença (fls. 194/202) que julgou procedente a ação,

para condenar a ré “à manutenção do autor e de sua dependente no plano de saúde coletivo empresarial 'BRADESCO SAÚDE TOP NACIONAL 2 E CE COPART B', matrícula 770836001651007, apólice nº 70836, nas mesmas condições de cobertura e de preço per capita cobrado dos funcionários ativos, cabendo ao autor o custeio integral das mensalidades”. Em razão da sucumbência, a ré também foi condenada ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios arbitrados em 10% do valor atualizado da causa.

Sustenta a ré, em sua irresignação (fls. 205/216), preliminar de ilegitimidade passiva, na medida em que o contrato de seguro saúde foi firmado com a empresa estipulante, inexistindo vínculo com a beneficiária, não possuindo qualquer ingerência acerca da manutenção de funcionários e ex-funcionários no contrato, limitando-se a cumprir as determinações da estipulante. Aduz ao menos de se reconhecer o litisconsórcio passivo com a estipulante, a qual será responsável por determinar como se dará a cobrança das mensalidades. No mérito, alega que o cancelamento da apólice se deu de forma regular, conforme previsão legal. Afirma que a sentença não observou os arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 quando manteve o apelado no plano e que, ademais, a assistência à saúde é dever estatal.

O recurso foi regularmente processado, sem resposta.

É o relatório.

Em primeiro lugar, pretende-se obrigação imponível à seguradora, pelo que ausente litisconsórcio a reconhecer. E, por isso mesmo, não se há de reconhecer a ilegitimidade passiva da ré Bradesco Saúde S/A, porquanto é certo que, no desenvolvimento da relação negocial, o beneficiário também a ela, e não apenas à estipulante, se reporta.

Neste exato sentido, este Tribunal vem reconhecendo a legitimidade da ré Bradesco Saúde S/A, em situações análogas:

*PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESCISÃO UNILATERAL PELA EMPREGADORA. MIGRAÇÃO DOS SEGURADOS. Sentença de procedência, condenando a ré a oferecer aos autores migração para plano individual/familiar, com as mesmas condições de cobertura e sem o cumprimento de novos prazos de carência, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00 (mil reais). Irresignação da ré. Legitimidade passiva. Configuração. Obrigação da operadora de migração do plano de saúde, de coletivo para individual/familiar, o que confere a legitimidade passiva do plano de saúde. Migração do plano coletivo para individual. Rescisão unilateral do plano de saúde coletivo possível. Inteligência do artigo 13, § único, da Lei nº 9.656/1998. Migração para plano individual ou familiar, nos termos da Resolução CONSU nº 19/1999, o que leva à possibilidade de alteração do preço. Obrigação da ré mantida. Sentença mantida. Recurso desprovido (destaque acrescentado) (Apelação Cível n. 1046428-53.2019.8.26.0100, rel. Des. Carlos Alberto de Salles, 3ª Câmara de Direito Privado,*

**j. em 14/04/2020).**

*PLANO DE SAÚDE. Pretensão de manutenção do vínculo, contudo, sob o regime individual/familiar. Patente legitimidade passiva da seguradora, efetiva prestadora dos serviços médicos, cuja relação jurídica se pretende manter. Dever de oferta de plano de saúde individual ou familiar, sem a imposição de novas carências. Alegação de que não mais comercializa planos individuais e familiares não vinga, sob pena de esvaziamento da Resolução CONSU 19, em virtude de ato unilateral e potestativo da própria ré. (...) Sentença mantida. Apelos improvidos (destaque acrescido) (Apelação Cível n. 1008876-24.2017.8.26.0068, rel. Des. Fábio Podestá, 5ª Câmara de Direito Privado, j. em 26/09/2018).*

Na hipótese em tela, mais que a oferta, como se viu, foi a própria Bradesco Saúde S/A quem respondeu ao contato do autor, a ele comunicando o cancelamento, ainda a ser efetivado, do plano de saúde (fls. 26/27).

De resto, e no mérito, o recurso não merece acolhida.

De se ver que a discussão se põe em termos da obrigatoriedade de a ré disponibilizar ao autor plano de saúde na modalidade individual, a despeito de não mais o comercializar, e em substituição ao plano de saúde coletivo empresarial que o beneficiava.

Depois, vê-se que o contrato coletivo empresarial em questão tem como beneficiária a esposa do autor, que

possui 62 anos de idade (fls. 32), acometida de hipotireoidismo (CID E03), a quem indicado o uso de diversos medicamentos, inclusive aqueles de uso contínuo e injeções, consoante receitas médicas datadas de junho e agosto de 2023 (fls. 37/40).

Incontroverso ainda que o autor, Euclides Mateus de Oliveira, tenha trabalhado na empresa ADP BRASIL LTDA desde 01/05/2006, tendo sido despedido sem justa causa em 01/12/2016, consoante alegações da própria ré na contestação (fls. 60).

Ao que consta dos autos, denota-se que havia a contribuição ao plano de saúde no importe mensal de R\$483,44, desde 01/05/2006 até 01/08/2023, registrada a situação do contrato como “ADIMPLENTE”, consoante a correspondência enviada pela própria operadora ao autor e sua esposa (fls. 26/27).

É bem verdade que, segundo entendimento exarado pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento dos **REsp 1680318/SP** e **REsp 1708104/SP**, em regime de recursos repetitivos (**Tema 989**),

*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.*

No caso concreto, porém, insista-se, o padrasto da dependente, demitido sem justa causa (fls. 60), contribuiria para o plano em questão, que não era fornecido gratuitamente por sua ex-empregadora, portanto havida incidência do art. 30 da Lei 9.656/98 ao caso.

De outro lado, o fato é que, a despeito de o pedido inicial consubstanciar na manutenção do contrato de ex-empregado demitido no plano com fundamento no referido art. 30, narra-se igualmente a situação da dependente, contando 62 anos de idade e acometida de hipotireoidismo.

Pois, nesse contexto, realmente não se entende cabível a recusa na manutenção do plano enquanto perdurar o atendimento, assim devida, de todo modo, a cobertura de assistência médica até que se reestabeleça o quadro da dependente.

Em caso 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.*

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 EX-EMPREGADO 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 (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 médico-hospitalar 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 partessegurada 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 (STJ, AgInt no REsp n. 1.603.764, rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. em 29/10/2019).*

Nesse mesmo sentido, já decidiu este

Tribunal:

*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* **(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 art. 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 (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 consectário lógico da internação Impossibilidade da rescisão do contrato durante a realização do tratamento, aplicado o art. 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 (Apelação Cível n. 4001123-65.2013.8.26.0565, Rel. João Carlos*

**Saletti, 10ª Câmara de Direito Privado, j. 10/05/2016).**

Daí se põe, assim, 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 ou tratamento essencial.

Não se olvida que o artigo 30, ao tratar da garantia ao beneficiário de plano de saúde mantido em razão de vínculo laboral, estatuiu restrição temporal a esta manutenção, assegurada a cobertura por período compreendido entre seis e vinte e quatro meses, mas não conferida ao beneficiário, em princípio, a possibilidade de assunção da condição pretendida por prazo indeterminado.

Bem de ver, porém, tratar-se de hipótese em que a extinção do contrato para a dependente, decorrido o prazo previsto, ocasionaria interrupção de tratamento médico, ainda em curso. Conforme se verificou de fls. 37/40, a esposa do autor é portadora de hipotireoidismo (“*CID E03*”), consoante receitas médicas datadas de junho de 2023, ou seja, quando ainda vigente a cobertura do plano.

E, se é assim, não se entende cabível a recusa na manutenção do plano enquanto perdurar o atendimento, assim devida a cobertura de assistência médica até que se encerre o diagnóstico e o tratamento prescritos à esposa do autor. Reitere-se, mesmo nos

termos do enunciado do **Tema 1082 do STJ**.

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 EX-EMPREGADO 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 médico-hospitalar 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 consectário 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).

Assim, a fim de resguardar, afinal, a própria indenidade física da esposa do autor acometida de hipotireoidismo, só resta manter, *in totum*, a sentença apelada tal como proferida.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso, majorados os honorários advocatícios fixados na origem em desfavor da ré para 12% do valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, § 11º, do CPC.

CLAUDIO GODOY

Relator