



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000006213

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1031491-92.2023.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, é apelado FÁBIO HENRIQUE FERREIRA SOUZA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 CESAR MECCHI MORALES (Presidente sem voto), DÉBORA BRANDÃO E MARCUS VINICIUS RIOS GONÇALVES.

São Paulo, 9 de janeiro de 2025.

RAMON MATEO JÚNIOR

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto nº 35164

Apelação nº 1031491-92.2023.8.26.0554

Apelante: Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Apelado: Fábio Henrique Ferreira Souza e Clube de Saúde Administradora de Benefícios Ltda. (Qualicorp)

Comarca: Foro de Santo André- 5ª VC

Magistrado Prolator: Adriana Bertoni Holmo Figueira

Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela antecipada - Reativar plano de saúde pago com atraso - Sentença de procedência - Insurgência da Notre Dame - Legitimidade passiva da Operadora de saúde configurada - Operadora e administradora que integram a mesma cadeia de consumo - Solidariedade - Parceria contratual diante do consumidor - Rescisão unilateral do plano - Descabimento - Inadimplência da mensalidade cujo pagamento foi realizado com atraso 47 dias - Inobservância do prazo de 60 dias previsto no do artigo 13, da Lei n.º 9.656/1998 - Notificação do segurado realizado por e-mail- Notificação irregular (art. 13, parágrafo único, inciso II e 35 - G da Lei nº 9656/98) - Recurso desprovido.

Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença de fls. 248/250.que julgou procedente a “ação de obrigação de fazer com pedido de tutela antecipada”, movida por Fábio Henrique Ferreira Souza, contra Notre Dame Intermédica Saúde S/A E Clube De Saúde Administradora De Benefícios Ltda. (Qualicorp), *in verbis*:

"Isto posto, confirmo os efeitos da tutela recursal concedida e julgo PROCEDENTE o pedido formulado na inicial, o que faço para condenar as rés na obrigação de reativar o plano de saúde do autor. Em razão da sucumbência, condeno as requeridas no reembolso das custas e despesas processuais e no pagamento de honorários advocatícios que arbitro em 10% sobre o valor atualizado da causa. Transitada em julgado, aguarde-se por 30 dias e arquivem-se definitivamente os autos vez que eventual cumprimento de sentença deverá se dar em incidente próprio. P.R.I.C."

Apela a ré Notre Dame Intermédica Saúde S/A (fls.253/265). Pugna pela reforma da sentença. Alega ilegitimidade passiva uma vez que se trata de seguro saúde coletivo por adesão em que figura como Administradora de Benefícios a empresa Clube de Saúde Administradora De Benefícios Ltda. Ressalta ausência de falha na prestação de serviço da operadora porque a inadimplência do autor é fato incontroverso haja vista o débito da mensalidade referente ao mês de outubro, com vencimento dia 1º, mas que apenas foi paga em novembro (17/11/2023), cerca de 47 dias de atraso. Enfatiza que o autor foi cientificado via e-mail, razão pela não há que se falar em cancelamento indevido e supostamente sem qualquer comunicação, haja vista que o Apelado restou cientificado de sua inadimplência e, como se não bastasse isso, logicamente que o Apelado sempre teve ciência da data de vencimento do seu plano de saúde, não podendo alegar nenhuma surpresa.

Apresentadas as contrarrazões (fls. 270/277), subiu o recurso.

É o relatório.

Alega o autor que é beneficiário do plano de saúde réu e, mesmo após o pagamento de mensalidade em atraso, teve seu plano cancelado. Requereu, inclusive em sede de tutela, a condenação da ré na obrigação de reativar seu plano.

Por sua vez, citada a ré apresentou contestação (fls. 90/100), instruída com documentos (fls. 101/), alegando em preliminares sua ilegitimidade passiva. No mérito, defendeu a possibilidade de cancelamento do plano em razão da inadimplência.

Pois bem.

Inicialmente ressalto que a relação entre as partes é de consumo, nos termos da Súmula 100 deste Tribunal de Justiça:

“O contrato de plano/seguro de saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor da Lei 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.

E, ainda, Súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”

Inicialmente, rejeita-se a preliminar arguida pela Notre Dame Intermédica Saúde S/A.

Isso porque ela participa da cadeia de fornecedores do plano de saúde, respondendo solidariamente pelos atos de sua parceira contratual diante do consumidor.

Trata-se de evidente relação de consumo entre as partes, devendo-se aplicar as disposições do Código de Defesa do Consumidor que, em seu art. 7º, parágrafo único, estabeleceu o princípio da solidariedade legal para responsabilidade pela reparação dos danos causados ao consumidor.

Dessa forma, na condição de operadora de saúde, a empresa atua como prestadora de serviços em conjunto com a administradora, na cadeia de relação de consumo e, por isso, ambas respondem solidariamente, nos termos do disposto nos artigos 7º, parágrafo único, 25, § 1º e 34 do CDC, *in verbis*:

“Art. 7. (...) Parágrafo único. Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo.

“Art. 25. (...) § 1º Havendo mais de um responsável pela causação do dano, todos responderão solidariamente pela reparação prevista nesta e nas seções anteriores.”

“Art. 34. O fornecedor do produto ou serviço é

solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos.”

A norma estipulou expressamente a responsabilidade solidária, em conformidade com a lei substantiva pátria, deixando firmada a obrigação de todos os partícipes pelos danos causados, nos moldes também do Código Civil (...). *“Isso significa que o consumidor pode escolher a quem acionar um ou todos. Como a solidariedade obriga a todos os responsáveis simultaneamente, todos respondem pelo total dos danos causados”* (RIZATTO NUNES, “Comentários ao Código de Defesa do Consumidor”, 3ª ed., Saraiva, São Paulo, 2007, p. 159, item 4).

Cuida-se, portanto, de proteção legal diante dos assim denominados contratos de colaboração, ou por conexidade, ou coligados, marcados pela multiplicidade de vínculos, pessoas e operações, para atingir um fim econômico unitário, mediante a indução do consumo em massa de bens ou serviços (Apelação 1003946-29.2015.8.26.0004, Rel. Francisco Loureiro, 1ª Câmara de Direito Privado, j. em 15/03/2016).

Destarte, não há que se falar em ilegitimidade passiva da operadora de saúde.

O artigo 13, da Lei n.º 9.656/1998, autoriza a rescisão unilateral do contrato quando houver o não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, desde que haja a notificação do consumidor, a ser efetivada até o quinquagésimo dia de inadimplência, in verbis:

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano,

sendo vedadas:

(...)

II a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e ...”.

Assim, vê-se que há determinados requisitos para que a denúncia do contrato de plano de saúde seja legítima, quais sejam: inadimplência de mais de 60 (sessenta) dias e notificação prévia do consumidor acerca da inadimplência, a qual deve se efetivar em até cinquenta dias de inadimplência.

O autor quitou a prestação do plano com atraso, asseverando que de acordo com as normas do Direito do Consumidor e conforme diversos princípios jurídicos, o contrato deve permanecer hígido.

O artigo 13, da Lei n.º 9.656/1998, autoriza a rescisão unilateral do contrato quando houver o não-pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias, **consecutivos ou não**, desde que haja a notificação do consumidor, a ser efetivada até o quinquagésimo dia de inadimplência. In verbis:

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

(...) II a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul

comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (...)\"
destaquei.

Assim, vê-se que há determinados requisitos para que a denúncia do contrato de plano de saúde seja legítima, quais sejam: inadimplência de mais de 60 (sessenta) dias e notificação prévia do consumidor acerca da inadimplência, a qual deve se efetivar em até cinquenta dias de inadimplência.

Quanto a este último requisito cabe explicar que para que o consumidor não seja surpreendido com a denúncia do contrato, deve ele ser notificado em um prazo de até **cinquenta dias da inadimplência**, para que possa sanar sua dívida e não deixar que se completem mais de sessenta dias de inadimplência, o que, como visto, autoriza a denúncia do contrato.

Vejamos, pois, se na presente hipótese os requisitos exigidos foram preenchidos.

Observa-se que, ao autor foi encaminhado e-mail para notificá-lo acerca do atraso da parcela em 14/11/2023 (fls. 260).

Cancelamento do plano ocorrido em 10/11/2023 (fls. 191/193).

Embora a referida correspondência eletrônica tenha se tornado incontroversa nos presentes autos, o mero encaminhamento de e-mail não é suficiente para a notificação do usuário.

A Súmula e satisfação do art. 13, parágrafo único, inciso II e 35- G da Lei nº 9656/98 Normativa n. 28, de 30 de nov. de 2015, da ANS, impõe formalidade específica para a notificação de inadimplência, a possibilitar a rescisão contratual unilateral, cuja forma é expressamente prevista:

3. No caso de notificação por via postal com aviso de recebimento, entregue no endereço do consumidor contratante, presume-se, até prova em contrário, que o consumidor contratante foi notificado, não sendo necessária sua assinatura no aviso de recebimento.

3.1. - No caso da notificação ser efetivada pelos meios próprios da operadora através de seus prepostos, a entrega deverá se dar em mãos próprias do consumidor contratante titular, sendo, imprescindível sua assinatura no comprovante de recebimento.

4. - Para fins do cumprimento da Lei nº 9656, de 1998, considera-se que a notificação por edital, publicada em jornal de grande circulação do local do último domicílio conhecido, atende ao seu art. 13, parágrafo único, inciso II, quando o consumidor não é localizado no endereço conferido à operadora.

De tal sorte que, a apelante não se desincumbiu de demonstrar a realização da adequada e regular notificação prévia do beneficiário, eis que realizada irregularmente por e-mail, nem, tampouco, apresentou documentos que atestassem o cumprimento do enunciado sumular acima.

Assim, a mera advertência por e-mail, se revela inadequada e insuficiente para o fim de legitimar o cancelamento unilateral do contrato de plano de saúde coletivo por adesão.

Destarte, não havendo reparos a serem feitos na sentença recorrida, , mantenho-a, pelos fatos e fundamentos ora expostos

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao apelo, a verba honorária fixada em sentença ora é majorada do percentual de 10% para 12%, nos moldes lá fixados, a teor do disposto no artigo 85, §11, do CPC.

Para que não se alegue cerceamento do direito de recorrer, dou por prequestionados todos os dispositivos legais referidos na fase recursal, bastando que as questões tenham sido enfrentadas e solucionadas no voto, como ocorreu, pois *“desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais”* (STJ EDCL. No RMS 18.205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, j. 18.04.2006).

RAMON MATEO JÚNIOR
Relator