



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000277601

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1012651-70.2023.8.26.0348, da Comarca de Mauá, em que são apelantes/apelados BERNARDO CARDOSO MUNIZ (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), ZILDA CARDOSO RIBEIRO MUNIZ (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e IVONILDO LEITE MUNIZ DA SILVA (REPRESENTANDO MENOR(ES)), é apelado/apelante NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE 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 da ré, e deram parcial provimento ao recurso da parte autora, a fim de condenar a ré ao pagamento de indenização pelos danos morais no valor de R\$ 5.000,00, importe que deverá ser atualizado desde a presente data, nos termos da Súmula 362 do STJ, até efetivo pagamento, segundo a tabela prática do TJSP, incidindo juros de mora de 1% ao mês desde a citação, mantidos os demais termos da sentença. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 24 de março de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Mauá

Apelação n. 1012651-70.2023.8.26.0348

Apelantes: B. C. M. (menor representado) e outro, e NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.

Apelados: reciprocamente

Voto n. 12134

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. MIGRAÇÃO DE PLANO COLETIVO PARA INDIVIDUAL. DANOS MORAIS. PARCIAL PROVIMENTO. I. Caso em Exame. Recursos de apelação interpostos contra sentença que determinou a migração do plano de saúde empresarial para individual, com aproveitamento de carências e rede de atendimento semelhante, e extinguiu o processo com resolução de mérito. A parte autora pleiteia indenização por danos morais devido à interrupção de tratamento especializado para Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). A parte ré alega impossibilidade de migração, pelo não atendimento dos requisitos legais. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em (i) a legalidade da migração do plano de saúde sem imposição de novas carências e (ii) a ocorrência de danos morais pela interrupção do tratamento. III. Razões de Decidir. 3. A relação entre as partes é de consumo, regida pelo Código de Defesa do Consumidor, que assegura a interpretação das cláusulas contratuais em favor do consumidor. 4. A interrupção do tratamento especializado, sem justificativa plausível, configura dano moral, sendo devida a indenização. IV. Dispositivo e Tese. 5. Parcial provimento ao recurso da parte autora para condenar a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 5.000,00. Recurso da ré desprovido. Tese de julgamento: 1. A migração de plano de saúde coletivo para individual deve ocorrer sem imposição de novas carências. 2. A interrupção injustificada de tratamento especializado configura dano moral. Legislação Citada: CF/1988, art. 196; Lei nº 9.656/1998, art. 17; Lei nº 12.764/2012; CPC, art. 487, I; art. 85, § 2º; art. 98. Jurisprudência Citada: STJ, AgInt no AREsp nº 2.083.773/MS, Rel. Min. Antonio Carlos Ferreira, 4ª Turma, j. 13.02.2023; TJ-SP, Apelação nº 1004383-31.2016.8.26.0038, Rel. Augusto Rezende, 1ª Câmara de Direito Privado, j. 15.08.2017; TJ-SP, Apelação nº 1029200-13.2015.8.26.0001, Rel. Beretta da Silveira, 3ª Câmara de Direito Privado, j. 15.08.2017.

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interpostos para

impugnar a sentença de fls.303/313, cujo relatório adoto, que julgou parcialmente procedente o pedido inicial, para determinar que a requerida providencie a migração do plano de saúde empresarial do autor para modalidade individual, inclusive com aproveitamento de carências já cumpridas e rede de atendimento semelhante, possibilitando ao demandante a continuidade do tratamento em qualquer estabelecimento credenciado pela ré, extinguindo o processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, I, do Código de Processo Civil.

Segundo os apelantes-autores, a sentença merece ser reformada, em síntese, alegando que o autor é beneficiário do plano de saúde *Notre Dame Intermédica*. Tendo sido diagnosticado com *Transtorno do Espectro do Autismo* (CID F84), razão pelo qual, foi determinado pelo seu médico o atendimento semanal em 7 horas em equipe multidisciplinar em Terapia ABA. De certo que, a realização da terapia em clínica especializada traz ao apelante inúmeros benefícios em seu desenvolvimento. Entretanto, a apelada veio a cancelar o tratamento do apelante na clínica em que fazia seu tratamento, ficando, inicialmente, sem seu tratamento. Desse modo, pleiteia pela condenação da ré ao pagamento de danos morais, no importe de R\$10.000,00 (fls. 345/355)

Apela também a parte ré, aduzindo, em suma, preliminarmente, falta de interesse processual. No mérito, a legalidade da carência contratual, haja vista impossibilidade de migração do plano coletivo para o individual, sem imposição de carências. Ainda, que o contrato tem força de lei entre as partes, em atendimento ao *pacta sunt servanda*, pelo que a sentença merece ser reformada, a fim de julgar improcedente a presente demanda (fls. 358/370)

Recursos tempestivos, pelo autor sem preparo em virtude da concessão de gratuidade da justiça, e devidamente preparado pela ré, com apresentação de contrarrazões (fls. 378/387 e 388/397).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Sobreveio parecer da Procuradoria Geral de Justiça, no qual manifestou-se pelo provimento do recurso da parte autora e desprovimento do recurso da parte ré (fls. 409/420).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso dos autores merece parcial provimento, ao passo que o da ré não merece provimento.

Trata-se de ação de obrigação de fazer c.c danos morais. Alegam que o autor é beneficiário de plano de saúde contratado junto à ré, na modalidade familiar/individual. Tendo sido diagnosticado com *Transtorno do Espectro do Autismo*, necessitando de atendimento em 07 horas semanais por equipe multidisciplinar em *Terapia ABA* na *Clínica Avaliar*. Aduzem que, de forma arbitrária, o hospital informou que a modalidade do plano contratado pelo autor

não mais cobriria o atendimento junto da referida clínica. Desse modo, solicitaram a continuidade do tratamento na referida clínica junto da ré, mas sem sucesso, defendendo a abusividade da negativa e a obrigatoriedade da ré em custear o tratamento da parte autora.

Em contrapartida, a ré, preliminarmente, alega inépcia da inicial e falta de interesse processual. No mérito, afirma que a parte autora não comprovou a necessidade de realizar o procedimento em estabelecimento não mais credenciado pela ré. Defende a existência de clínicas credenciadas e aptas para prestar o atendimento esperado, ressaltando que eventual inexistência do hospital credenciado não geraria o direito de *upgrade* de plano sem o cumprimento de carências. Alega, ainda, que a cobertura fora da rede credenciada só se admite quando a operadora não dispõe de prestadores devidamente autorizados e capacitados para o tipo de tratamento indicado, o que não é o caso dos autos.

Após deslinde processual, sobreveio sentença de parcial procedência.

Inconformadas, ambas as partes interpuseram recurso de apelação.

Pois bem.

Inicialmente quanto a preliminar suscitada, deixo de analisá-la, haja vista que já devidamente enfrentada pelo juízo *a quo*, o que fica, nesta ocasião, ratificada.

Superada a preliminar, passo à análise do mérito.

Primeiramente, insta-me esclarecer que a relação estabelecida entre as partes é de consumo e, portanto, regida pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) - Lei nº 9.656/1998 - que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Ainda, a Súmula 469 do C. STJ dispõe que: "*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde*". Desse modo, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do consumidor, especialmente quando envolvem a garantia do direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal.

Destaca-se, ainda, a inafastabilidade da proteção constitucional conferida à criança e ao adolescente, garantindo-lhes a proteção integral. A essa proteção soma-se àquela destinada às pessoas com deficiência, conforme estabelecido na Convenção de Nova Iorque, incorporada ao ordenamento jurídico nacional com status de emenda constitucional, conforme bem observado pelo Douto Procurador de Justiça (fls. 542/561).

Outrossim, em junho de 2022, a ANS editou Resolução Normativa nº 539 e alterou a Resolução Normativa nº 465/2021, que dispõe sobre o rol de procedimento da ANS, no que concerne a diretriz de utilização de procedimentos para o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtorno do espectro autista e transtornos globais do

desenvolvimento, e acrescentou o parágrafo 4º ao artigo 6º da Resolução Normativa 465/2021, vejamos:

"Art. 6º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e em seus Anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde.

[...] § 4º Para a cobertura dos procedimentos que envolvam o tratamento/manejo dos beneficiários portadores de transtornos globais do desenvolvimento, incluindo o transtorno do espectro autista, a operadora deverá oferecer atendimento por prestador apto a execução o método ou técnica indicados pelo médico assistente para tratar a doença ou agravo do paciente" .

Ainda, no que se refere à obrigação dos planos de saúde em cobrir os tratamentos que integram o *Método ABA* para casos de autismo, assim decidiu o E. Superior Tribunal de Justiça:

"Quanto ao tratamento multidisciplinar para autismo, reconheceu a Segunda Seção, no citado precedente, que é devida a cobertura, sem limite de sessões, admitindo-se que está previsto no rol da ANS, nos seguintes termos: "a) para o tratamento de autismo, não há mais limitação de sessões no Rol; b) as psicoterapias pelo método ABA estão contempladas no Rol, na sessão de psicoterapia; c) em relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - Conitec, de novembro de 2021, elucida-se que é adequada a utilização do método da Análise do Comportamento Aplicada - ABA." 3. O entendimento do Tribunal de origem, ao determinar a cobertura, pelo plano de saúde, de tratamento multidisciplinar para autismo sem limitação de sessões, concorda com a recente jurisprudência do STJ." (AgInt no AREsp n. 2.083.773/MS, relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, julgado em 13/2/2023, DJe de 22/2/2023.)

Além disso, a Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, garante o direito ao acesso a tratamento especializado, devendo ser observada a integração terapêutica do paciente, o que reforça a necessidade de manter o atendimento, se possível, com os profissionais que já acompanham o paciente.

No que concerne à migração do plano de saúde, insta-me consignar que prevalece a disposição do artigo 17, § único, da Lei n. 9656/98.

Bem por isso, foi editada a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU n. 19, de 25.03.1999 (publicada no DO nº 57 - quinta feira, 25/03/99), nos seguintes termos:

“Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. (grifei).

(...)Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar”.

Portanto, a solução preconizada pela agência governamental não era a de que os beneficiários ficassem desprovidos de cobertura, mas que fossem absorvidos como titulares de planos individuais ou familiares.

Nesse diapasão, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça atesta a legalidade da rescisão do contrato coletivo, mas não afasta a possibilidade de aplicação da Resolução do CONSU:

“RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. DENÚNCIA DO CONTRATO PELA OPERADORA. RESCISÃO UNILATERAL. LEGALIDADE. MIGRAÇÃO DE USUÁRIO PARA PLANO INDIVIDUAL. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS. PREÇO DAS MENSALIDADES. ADAPTAÇÃO AOS VALORES DE MERCADO. REGIME E TIPO CONTRATUAIS DIVERSOS. RELEVÂNCIA DA ATUÁRIA E DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS. 1. Cinge-se a controvérsia a saber se a migração do beneficiário do plano coletivo empresarial extinto para o plano individual ou familiar enseja não somente a portabilidade de carências e a compatibilidade de cobertura assistencial, mas também a preservação dos valores das mensalidades então praticados. 2. Os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998 e 3º, 5º e 9º da RN nº 195/2009 da ANS), havendo diferenças, entre eles, na atuária e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar. 3. No plano coletivo empresarial, a empresa ou o órgão público tem condições de apurar, na fase pré-contratual, qual é a massa de usuários que será coberta, pois dispõe de dados dos empregados ou servidores, como a idade e a condição médica do grupo. Diante disso, considerando-se a atuária mais precisa, pode ser oferecida uma mensalidade inferior àquela praticada aos planos individuais. 4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos podem ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS). A vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares. 5. A migração ou a portabilidade de carências na hipótese de rescisão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial foi regulamentada pela Resolução CONSU nº 19/1999, que dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou

seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados. A RN nº 186/2009 e a RN nº 254/2011 da ANS incidem apenas nos planos coletivos por adesão ou nos individuais. 6. Não há falar em manutenção do mesmo valor das mensalidades aos beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados. O que deve ser evitado é a abusividade, tomando-se como referência o valor de mercado da modalidade contratual. 7. Nos casos de denúncia unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, é recomendável ao empregador promover a pactuação de nova avença com outra operadora, evitando, assim, prejuízos aos seus empregados, pois não precisarão se socorrer da migração a planos individuais, de custos mais elevados. 8. Recurso especial provido” (REsp 1471569/RJ - RECURSO ESPECIAL 2014/0187581-7 - Relator(a) Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA - Órgão Julgador: TERCEIRA TURMA - Data do Julgamento: 01/03/2016 - Data da Publicação/Fonte DJe 07/03/2016 - RSTJ vol. 243 p. 463).

Portanto, em caso de rescisão unilateral do contrato coletivo, entende a jurisprudência pela migração para os planos individuais, isentando os beneficiários ao cumprimento de carências, dada a possível portabilidade.

Isso porque o caso envolve contrato de cunho existencial, o qual não pode afastar a aplicação do princípio da função social, inscrito no artigo 421 do CC.

Nessa toada, farta é a jurisprudência desta Corte Paulista:

“Apelação – Plano de saúde – Rescisão unilateral de contrato coletivo por motivo de inadimplemento da estipulante – Pretensão de restabelecimento do contrato que já era integralmente pago pelos apelantes por motivo de rescisão do contrato de trabalho entre o autor e a empresa estipulante – Aplicação da Resolução CONSU nº 19 e das normas do Código de Defesa do Consumidor – Proposta de migração de plano coletivo para individual que deve observar as peculiaridades do caso – Precedentes da Câmara no sentido de manutenção dos autores, já idosos, em plano individual com as mesmas condições vigentes em relação ao plano coletivo – Procedência mantida – Recurso não provido”. (Apelação/Planos de Saúde 1004383-31.2016.8.26.0038 - Relator(a): Augusto Rezende - Comarca: Araras - Órgão julgador: 1ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 15/08/2017 - Data de publicação: 15/08/2017).

“PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Ilegitimidade passiva. Tese afastada. Como parte do contrato discutido no processo, de rigor a participação da Qualicorp no seu polo passivo. Relação de consumo, conforme Súmula 469, STJ. Cadeia de fornecimento do serviço. Responsabilidade solidária. No mérito. Plano de saúde coletivo. Rescisão unilateral ilegal. Contrária aos ditames preconizados pelo CDC. Inteligência do artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98 à luz da legislação

consumerista. A rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis. Não se pode diferenciar o contrato individual do coletivo, na medida em que, em última análise, este também se destina ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente a situações iguais. Abusividade da conduta da apelante reconhecida. Dano moral. Indenização devida. No caso dos autos, apelada acometida de doença grave, realizando tratamento, foi surpreendida com o cancelamento unilateral de seu plano de saúde. Dissabor que ultrapassa os lindes do simples desgosto. Correta a fixação dos danos morais no valor de R\$ 9.500,00, com correção monetária a partir do arbitramento e juros de mora mensais da citação. Sentença mantida. RECURSOS DESPROVIDOS" (Apelação/Planos de Saúde 1029200-13.2015.8.26.0001 - Relator(a): Beretta da Silveira - Comarca: São Paulo - Órgão julgador: 3ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 15/08/2017).

"Seguro saúde. Contrato coletivo. Contrato sujeito às normas do CDC. Não renovação ou rescisão unilateral do contrato pela seguradora. Inadmissibilidade. Incidência, por analogia, do art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/98. Irregularidade na notificação enviada. Inexistência de ofensa ao princípio da liberdade contratual. Prevalência da cláusula geral da função social do contrato. Ação procedente. Ratificação dos fundamentos da sentença (art. 252 do RITJSP). Verba honorária elevada. Sentença mantida. Recurso desprovido" (Apelação/Planos de Saúde 1126971-19.2014.8.26.0100 - Relator(a): Alexandre Marcondes - Comarca: São Paulo - Órgão julgador: 3ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 14/08/2017).

Por fim, quanto aos danos morais, vislumbro sua ocorrência, uma vez que os fatos experimentados pelos autores não se resumiram a meros dissabores do cotidiano.

Sobre o dano moral, é aquele que atinge o ofendido como pessoa, lesando um dos direitos da personalidade e que gera dor, sofrimento, tristeza, vexame e humilhação ao lesado. Nesse sentido, CARLOS ROBERTO GONÇALVES afirma: "*Moral é o que só ofende o devedor como ser humano, não lhe atingindo o patrimônio. A expressão "dano moral" deve ser reservado exclusivamente para designar a lesão que não produz qualquer efeito patrimonial.*" (Responsabilidade Civil, 22ª edição, editora Saraiva Jur, p. 306).

Contudo, entendo pela indenização, porém não nos moldes pleiteados, assim sendo, o montante de R\$ 5.000,00 se amolda às circunstâncias do caso concreto, observando os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, bem como o grau de culpa e a reprovabilidade da conduta. além de ser suficiente para compensar os transtornos sofridos pelos apelantes, sem ensejar o enriquecimento ilícito, cumprindo, assim, sua função compensatória e punitiva.

Portanto, é de rigor a reforma da sentença guerreada, a fim de condenar parte ré ao pagamento de indenização pelos danos morais, no importe de R\$ 5.000,00.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, mas considerando o acolhimento parcial do recurso, mantenho a sucumbência fixada em primeiro grau de jurisdição, proporcional ao valor da causa, nos termos do artigo 85, § 2º., do CPC, observando que os autores estão dispensados do pagamento, por serem beneficiários da justiça gratuita (artigo 98 do mesmo diploma).

Posto isso, **nego provimento** ao recurso da ré, e **dou parcial provimento** ao recurso da parte autora, a fim de condenar a ré ao pagamento de indenização pelos danos morais no valor de R\$ 5.000,00, importe que deverá ser atualizado desde a presente data, nos termos da Súmula 362 do STJ, até efetivo pagamento, segundo a tabela prática do TJSP, incidindo juros de mora de 1% ao mês desde a citação, mantidos os demais termos da sentença.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora