



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000279500

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2390434-88.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A, é agravado TONY ESTEVAO.

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 RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente) E COSTA NETTO.

São Paulo, 24 de março de 2025.

VITO GUGLIELMI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 64.836

AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 2390434-88.2024.8.26.0000

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
AGRAVANTE : PORTO SEGURO – SEGURO SAÚDE S/A
AGRAVADO : TONY ESTEVÃO
COMARCA : SÃO PAULO / CENTRAL – 36ª VARA CÍVEL

PLANO DE SAÚDE. COLETIVO. TUTELA DE URGÊNCIA. PEDIDO DE MANUTENÇÃO DO CONTRATO. ADMISSIBILIDADE. RESCISÃO CONTRATUAL ENTRE A OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE E A EMPRESA ESTIPULANTE. REQUERENTE, TODAVIA, QUE SE ENCONTRA ATUALMENTE SUBMETIDO A REGULAR TRATAMENTO DE CONDIÇÃO GRAVE DE SAÚDE (OSTEOMIELOITE DE PERNA). CONTINUIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, ATÉ ULTERIOR ALTA MÉDICA, DESDE QUE O BENEFICIÁRIO ARQUE INTEGRALMENTE COM A CONTRAPRESTAÇÃO, QUE SE REVELA DE RIGOR (TEMA 1082 DO STJ). DECISÃO MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.

1. Trata-se de agravo de instrumento interposto em ação de obrigação de fazer ajuizada em face de operadora de plano de saúde, contra decisão interlocutória que concede tutela de urgência para determinar o restabelecimento do contrato de prestação de serviços à saúde da qual é o autor beneficiário, uma vez que o mesmo se encontra em tratamento médico, em observância ao Tema 1.082 do STJ.

A agravante sustenta o desacerto da decisão. Diz, no sentido, que não estão presentes os requisitos necessários para a concessão da

medida. Narra que *“diante dos indícios insuficientes da ilegibilidade dos segurados, a Agravante exerceu regularmente o seu direito legítimo a não aceitação da contratação do plano, diante das inúmeras falhas apontadas”*. Aduz que *“no caso de fraude, portanto, a jurisprudência autoriza o cancelamento do contrato de seguro saúde, sem a notificação prévia da parte contrária”*. Conclui pela reforma.

O pedido de concessão do efeito suspensivo foi indeferido (fl. 29).

Processado o recurso, foi apresentada contraminuta (fls. 33/39).

É o relatório.

2. Desmerece acolhida o reclamo.

Desde logo, cumpre consignar que, na realidade, pretendem as partes discutir, em sede de agravo tirado contra a tutela de urgência indeferida, o próprio mérito da ação principal. E isso é impossível em cognição sumária.

O tema principal, obrigação ou não de manutenção do contrato, demanda exame do contrato e específico de suas cláusulas, bem como da alegada solicitação de rescisão unilateral que teria sido formulada pela empresa estipulante, de modo que não deve ser feito em sede de cognição sumária.

Apreciar este tema no agravo, portanto, seria prejudicar a causa, o que não se pode fazer.

Na realidade, o autor pediu na inicial que lhe fosse concedida a tutela de urgência a fim de que a requerida assegurasse sua manutenção do mesmo plano de saúde que usufruía antes da cessação da prestação dos serviços, já que alega encontrar-se submetido a tratamento médico, uma vez que o requerente possui histórico de osteomielite de perna (CID M86.9).

Tem-se, portanto, de um lado uma expectativa de rescisão e, de outro, a manutenção do contrato. Ora, preferível, durante o tempo da demanda (já que o autor será obrigado a arcar com a integralidade dos custos, inclusive dos aumentos em função da maior sinistralidade), a preservação do contrato. Até porque, infrutífera a demanda, a agravante terá recebido as parcelas

mensais, sem que isso traduza risco financeiro insuportável para ela, e poderá cobrar as diferenças.

É preciso ficar claro que nos estreitos limites da matéria posta no agravo, a opção – diante da justaposição de bens jurídicos diversos, ou seja, patrimônio e prestação de serviços médicos – pela solução favorável à parte hipossuficiente, em contrato de adesão, que, ademais, se vê protegido pelo Código de Defesa do Consumidor, revela-se a solução mais adequada, **em sede de juízo preliminar**.

De mais a mais, e em princípio, muito embora a operadora do plano de saúde tenha direito de cessar a prestação dos serviços ante o cancelamento do contrato, de forma unilateral, pela empresa estipulante, é certo que a propalada tese jurídica firmada pelo Superior Tribunal de Justiça no exame dos RESPs n.º 1842751/SP e 1846123/SP (Tema 1082) assegura aos beneficiários em situação parelha (em tratamento de condições graves de saúde), a continuidade de seu tratamento. No sentido:

RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "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 (mensalidade) devida."

2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de

que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos.

3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.

4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

5. Caso concreto: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes,

mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor - à época, recém-nascido - é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor - dependente e titular - ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença - mantida pelo Tribunal de origem - condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da

norma regulamentadora, salvo se optar por aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido. (REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022.)

No caso, inquestionável que o autor se encontra atualmente submetido a tratamento médico, como já referido, de *“antecedente de osteomielite de perna, submetido a tentativa de salvamento da extremidade, há 2 dias trauma ou queimadura na perna, com necrose e saída de secreção hemática no terço distal da perna direita”* (fl. 32 dos autos de origem) – o que caracteriza simultaneamente, à luz da tese jurídica *supra* referida, e ao menos *prima facie*, a probabilidade do direito e o perigo de dano.

Daí que, por quaisquer ângulos que se queira examinar a questão, a manutenção do plano era mesmo de ser deferida, nos moldes da r. decisão hostilizada – que fica, assim, mantida, revogado o efeito suspensivo anteriormente concedido.

3. Nestes termos, nega-se provimento ao recurso.

Vito Guglielmi

Relator