



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000281377

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1504182-12.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes/apelados GABRIEL RODRIGUES RAMOS MELO (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), FRANCISCA ELIZEUDA MELO RODRIGUES VIEIRA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e HUMBERTO RAMOS MELO, são apelados/apelantes QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **por v.u. dar parcial provimento ao recurso do autor e negar provimento aos recursos das rés**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 25 de março de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1504182-12.2024.8.26.0002

Apelantes/Apelados: G. R. R. M. (menor) e Francisca Elizeuda Melo Rodrigues Vieira e Humberto Ramos de Melo (representantes)

Apeladas/Apelantes: Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. e Amil Assistência Médica Internacional S.A.

Comarca: São Paulo - 10ª Vara Cível do Foro Regional de Santo Amaro

Magistrada de origem: Cinara Palhares

Voto nº 12269

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. CANCELAMENTO DE PLANO DE SAÚDE DE TITULAR PORTADOR DE TEA. RESTABELECIMENTO. TEMA 1082 DO C. STJ. RECURSO DO AUTOR PARCIALMENTE PROVIDO. RECURSOS DAS REQUERIDAS DESPROVIDOS.

I. CASO EM EXAME

1. Trata-se de apelações interpostas contra sentença que determinou o restabelecimento do contrato referente ao plano e saúde do autor, nas mesmas condições em que contratadas, mediante o pagamento da contraprestação devida, ou manutenção do autor em plano de saúde individual, nas mesmas condições, além de ter condenado as requeridas ao pagamento de R\$ 3.000,00 (três mil reais) a título de indenização por danos morais.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em: (i) determinar se as requeridas apelantes possuem legitimidade para figurar no polo passivo da demanda; (ii) determinar se o autor, realmente, possui direito ao restabelecimento do plano de saúde que havia sido cancelado; e (iii) em sendo devida a manutenção, determinar se houve ou não configuração de dano moral indenizável e respectivo *quantum*.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A preliminar de ilegitimidade passiva deve ser rejeitada, pois, as empresas associadas para a prestação do serviço respondem, solidariamente, pelos prejuízos causados ao consumidor (artigos 7º, parágrafo único e 25, §1º, do CDC), podendo o consumidor demandar qualquer delas.

4. A manutenção do contrato referente ao plano de saúde do autor é devida por aplicação do Tema 1082 do C. Superior Tribunal de Justiça, já que o requerente é portador de transtorno do espectro autista (TEA), que necessita tratamento contínuo.

5. A operadora/administradora deve 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, mediante pagamento da contraprestação.

6. Recusa de cobertura indevida. Dano moral *in re ipsa*. Indenização majorada para R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), em consideração às condições econômicas e sociais das partes, a intensidade do dano, bem como em observância aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. Recurso do autor parcialmente provido. Recurso das requeridas desprovidos.

1. Trata-se de recurso de apelação apresentado em face da r. sentença de fls. 177/182, com o seguinte dispositivo:

“Em face ao exposto, confirmo a tutela provisória e JULGO PROCEDENTE o pedido para CONDENAR as corrés na obrigação de manter o plano de saúde da autora, nos termos originalmente contratados, assegurado o direito de migração para plano de saúde individual ou familiar capaz de atender as necessidades da consumidora e observada a compatibilidade da cobertura assistencial e a portabilidade de carências.

Condeno também as corrés, solidariamente, ao pagamento de indenização a título de danos morais no valor de R\$ 3.000,00, com atualização monetária consoante a Tabela Prática do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, e juros moratórios de 1% mensais, ambos com início na data da presente sentença.

Em razão da sucumbência, condeno a ré ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como de honorários advocatícios que fixo, por equidade, em R\$ 1.000,00, nos termos do artigo 85, § 8º do CPC”.

Em suas razões (fls. 189/196), o autor argumenta que sofreu grave dano moral. Entretanto, aduz que a indenização por danos morais fixada pelo juízo de origem não compensa a dor sofrida ao presenciar a resistência das apeladas na manutenção do plano de saúde do qual faz uso, tampouco causa um impacto às apeladas que as desestimele a reiterar tal conduta. Sustenta, então, que o valor arbitrado a título de reparação merece ser majorado para R\$10.000,00 (dez mil reais). Requer, pois, o provimento do recurso, nos termos da fundamentação apresentada.

Foram apresentadas contrarrazões (fls. 256/262 e 271/277).

Em suas razões (fls. 197/214), a requerida Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. aduz que não há como imputar qualquer obrigação de fazer em relação à reativação do contrato, pagamento de prestadores, garantia de tratamentos e medicamentos, visto que são atividades realizadas pelas operadoras de saúde e não pela ré. Sustenta que, além da possibilidade de resilição unilateral do contrato coletivo de saúde suplementar, não se aplica na espécie o disposto no art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei n.º 9.656/98. Aduz a inaplicabilidade do Tema 1082 do C. STJ ao caso concreto, não havendo, portanto, ilicitude no cancelamento do plano de saúde do autor. Por fim, argumenta pela inexistência de danos morais, ou, subsidiariamente, a diminuição do valor arbitrado. Requer, pois, o provimento do recurso, nos termos da fundamentação apresentada.

Em suas razões (fls. 223/247), a requerida Amil Assistência Médica Internacional S.A. aduz que não há como imputar qualquer obrigação de fazer em relação à reativação do contrato, pagamento de prestadores, garantia de tratamentos e medicamentos, visto que são atividades realizadas pelas administradoras dos planos de saúde. Aduz a inaplicabilidade do Tema 1082 do C. STJ ao caso concreto, não havendo, portanto, ilicitude no cancelamento do plano de saúde do autor. Sustenta a observância do princípio *pacta sunt servanda*. Por fim,

argumenta pela inexistência de danos morais, ou, subsidiariamente, a diminuição do valor arbitrado. Requer, pois, o provimento do recurso, nos termos da fundamentação apresentada.

Foram apresentadas contrarrazões (fls. 263/269).

É o relatório.

2. De início, é o caso de se rejeitar as alegações de ilegitimidade passiva, arguidas pelas recorrentes, pois a relação jurídica em exame submete-se às regras do Código de Defesa do Consumidor, de modo que a cadeia de fornecedores do serviço existente entre as operadoras e administradoras de plano de saúde lhes impõe responder, de forma solidária, pelos prejuízos advindos ao consumidor, consoante disciplinam os artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, do diploma consumerista. Não bastasse, a Súmula 101 deste E. Tribunal dispõe o seguinte: *“o beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe”*.

Sobre os assuntos veiculados nos recursos das requeridas, é preciso salientar que o juízo “a quo” já se manifestou, de forma irretocável, sobre as questões lá ventiladas, tendo analisado detalhadamente todas as provas e alegações lançadas pelas partes. Decidiu o juízo “a quo” que (fls. 177/182):

“(…) Como resultado, aprovou-se a seguinte tese jurídica: “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” (tema 1082 do STJ).

Importante ressaltar que há comprovação do quadro clínico da parte autora, constando do relatório médico seu diagnóstico e o respectivo

tratamento (fls. 30).

Desse modo, a parte autora encontra-se em pleno tratamento da sua enfermidade, necessitando da assistência à saúde especializada para a manutenção da sua integridade física e psíquica, não prevalecendo o argumento de que sua condição não se enquadraria nas hipóteses de exigência de manutenção do plano. Ainda que a enfermidade dependa de tratamento constante, não é possível afirmar que a ausência de tratamento não implicará risco à sua incolumidade física (...)."

Sobre a aplicabilidade do Tema 1082 aos portadores de transtorno do espectro autista, situação idêntica foi veiculada *na* Apelação nº 1031519-67.2023.8.26.0002, de relatoria do Desembargador José Rubens Queiroz Gomes, julgada no dia 25 de outubro de 2023, pela 7ª Câmara de Direito Privado, na qual se decidiu:

"E embora o plano de saúde contratado seja na modalidade coletiva, firmado entre pessoas jurídicas, a contratação visa atender a pessoas físicas, individualmente, haja vista que "nos contratos coletivos o beneficiário final é o consumidor, tal qual nos contratos individuais ou familiares. A interpretação restritiva dá ensejo a abusos que feririam gravemente o direito dos conveniados, que, quando menos esperassem, enfermos ou não, estariam sem nenhuma assistência médica". (Apelação 362 868-4/6 (9172397-73.2004.8.26.0000), Des. Rel. Maia da Cunha, j. em 28 07 2005).

*Logo, com efeito, nada obsta que a titular e seus dependentes sejam mantidos no plano de saúde, sobretudo porque sequer houve notificação prévia com assinatura de ciente da autora e, mesmo que assim não fosse, **um de seus dependentes, ademais, está em tratamento multidisciplinar contínuo, sendo que a interrupção do tratamento poderia lhe trazer riscos de nefasto agravamento do estado de saúde, o que não se pode***

admitir.

Ressalte-se que ao pacificar o Tema 1082 sob a sistemática de julgamentos de recursos repetitivos, o observou o Col. STJ que deve a operadora de saúde, ainda que no exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, “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” (Resp nº 1.842.751-RS e Resp nº 1.846.123-SP, Segunda Seção, rela. Min. Luís Felipe Salomão, j. 22.06.2022).

Não se vislumbra, ainda, qualquer prejuízo à parte ré, pois será assegurado que a parte autora deverá arcar com os valores integrais de sua mensalidade.

Nesse sentido, não há explicação plausível para a rescisão do contrato no curso de tratamento assegurado ao menor, notadamente se a ruptura foi descoberta de forma acidental pela genitora quando foi pagar o plano, ou seja, sem indício de que a rescisão tenha sido motivada.

Diante dessas considerações, deve mesmo ser restabelecido o contrato, sobretudo quando o bem protegido nesse caso é a saúde e a vida dos beneficiários, que obrigatoriamente se sobrepõe a qualquer outro interesse de natureza contratual ou negocial” (grifo nosso).

O dano moral, na hipótese vertente, é *in re ipsa*, ponderando-se que a negativa de cobertura ora debatida não retrata simples descumprimento contratual, mas sim, circunstância que impôs angústia e aflição, ampliando o sofrimento do paciente.

A respeito do tema, colaciona-se, por oportuno, o escólio de Sérgio Cavalieri Filho:

“O dano moral existe in re ipsa; deriva inexoravelmente do próprio fato ofensivo, de tal modo que, provada a ofensa, ipso facto está demonstrado o dano moral à guisa de uma presunção natural, uma presunção hominis ou facti, que decorre das regras da experiência comum”¹.

Sobre o *quantum* indenizatório, embora seja tormentosa a questão de sua fixação, há certos parâmetros consagrados pela doutrina e pela jurisprudência, como as condições econômicas e sociais das partes e a intensidade do dano, que devem ser observados na busca da reparação, oferecendo conforto psicológico à vítima e, ao mesmo tempo, sancionando o causador do fato, a fim de que evite a reincidência. Também devem ser atendidos os princípios da proporcionalidade e razoabilidade. Eis um precedente esclarecedor:

“Na afixação do dano moral, uma vez que a dor verdadeiramente não tem preço, deve-se ponderar sobre as condições socioculturais e econômicas dos envolvidos, grau de culpa, trauma causado e outros fatores, como o de servir de desestímulo à prática de novo ilícito e de compensação amenizadora, de modo que a quantia arbitrada não seja tão irrisória que nada represente e nem tampouco exagerada, que implique em sacrifício demasiado para uma parte e locupletamento para a outra”².

Nesse passo, considerando os critérios supramencionados e as peculiaridades da lide, conclui-se que a verba indenizatória fixada na origem (**R\$ 3.000,00 - três mil reais**) deve ser majorada para **R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)**, pois este montante representa justa indenização ao lesado e condiz com os precedentes desta C. Câmara, mostrando-se necessária, também, como forma de coibir a reiteração da conduta.

Portanto, a r. sentença deve ser parcialmente

¹ Programa de Responsabilidade Civil”, 9ª edição, São Paulo: Atlas, 2010, p. 90.

² TAPR - 2a C. Ap. 103.559-2 - Rel. Cordeiro Cleve - j. 18.6.97 - Rep. IOB Jurisp. 20/97.

reformada, nos termos acima.

Em razão do que restou decidido, as apelantes requeridas responderão por honorários advocatícios majorados para R\$ 2.000,00 (dois mil reais), nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil.

Por derradeiro, a fim de evitar a oposição de embargos de declaração, única e exclusivamente voltados ao prequestionamento, dá-se por expressamente prequestionada, nesta instância, toda a matéria, consignando que não houve ofensa a qualquer dispositivo a ela relacionado.

3. Ante o exposto, dá-se parcial provimento ao recurso do autor e se nega provimento ao recurso das requeridas.

**Fernando Marcondes
Relator**