



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000289421

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1040268-36.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, são apelados MELISSA RIBEIRO LIMA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e VANESSA RIBEIRO DOS SANTOS LIMA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

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 ALBERTO GOSSON (Presidente sem voto), ALEXANDRE MARCONDES E ENÉAS COSTA GARCIA.

São Paulo, 26 de março de 2025.

CLAUDIO GODOY

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n. 1040268-36.2024.8.26.0100

Comarca: Capital

Apelante: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Apelada: Melissa Ribeiro Lima (Menor(es) representado(s))

Juiz: Dr. PAULO SERGIO JORGE FILHO

Voto n. 32.813

Plano de saúde. Contrato coletivo. Resilição unilateral por parte da operadora. Abusividade. Paciente em tratamento de doença gravíssima (Neurofibromatose tipo 1). Tema 1082 da Corte Superior. Sentença mantida. Recurso desprovido.

Cuida-se de recurso de apelação interposto contra sentença (fls. 189/194) que julgou a ação procedente, para o fim de condenar a operadora ré a manter o plano de saúde da autora, nas mesmas condições contratuais anteriores, até a alta médica. Diante da sucumbência da ré, ela foi condenada a arcar com as custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios, arbitrados em 10% do valor da causa.

Sustenta a apelante, em sua irresignação (fls. 200/216), que a autora é parte ilegítima para figurar no polo ativo da demanda, considerando se tratar de plano de saúde coletivo; que o cancelamento se mostrou lícito; que houve notificação prévia e o beneficiário pode migrar para outro plano no prazo de 30 dias; que há

vedação à rescisão unilateral apenas em relação aos contratos individuais e familiares; que não há que se falar em manutenção do contrato quando não há internação hospitalar ou tratamento para manutenção da vida; que as cláusulas contratuais que autorizam a extinção do contrato foram redigidas de forma clara; que é impossível a manutenção da apelada como única beneficiária do contrato coletivo; que também é impossível manter a apelada em contrato individual mediante o pagamento do mesmo prêmio que era pago no contrato coletivo.

Recurso regularmente processado e respondido (fls. 222/230).

A Procuradoria de Justiça opinou pelo desprovimento do recurso (fls. 237/245).

É o relatório.

Afasta-se, de início, a preliminar de ilegitimidade ativa veiculada pela apelante, nos termos da **Súmula 101** deste Tribunal, que dispõe que *“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”*.

O entendimento acima não diverge do quanto assentado pela Corte Superior, em situação semelhante à

presente:

“O propósito recursal é definir se o beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão possuiria legitimidade ativa para se insurgir contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora.

[...]

5. O contrato de plano de saúde coletivo estabelece o vínculo jurídico entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa jurídica, a qual atua em favor de uma classe (coletivo por adesão) ou em favor de seus respectivos empregados (coletivo empresarial). Esse contrato caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro, em que a pessoa jurídica figura como intermediária da relação estabelecida substancialmente entre o indivíduo integrante da classe/empresa e a operadora (art. 436, parágrafo único, do Código Civil).

6. O fato de o contrato ser coletivo não impossibilita que o beneficiário busque individualmente a tutela jurisdicional que lhe seja favorável, isto é, o restabelecimento do seu vínculo contratual com a operadora, que, em tese, foi rompido ilegalmente” (REsp. n. 1.704.610, rel. Min. Nancy Andrighi, j. 20/02/2018).

No mais, mostrou-se acertada a determinação contida na sentença de manutenção do plano de saúde da autora, nas mesmas condições, até a alta médica.

Com efeito, trata-se de menor impúbere, com apenas nove anos de idade (fls. 20), que foi diagnosticada com “doença neurogenética denominada Neurofibromatose tipo 1, apresenta como critérios diagnóstico NEUROFIBROMA PLEXIFORME CERVICAL EMC ADEIA RETROFARINGEA, COM REDUÇÃO DA COLUNA AEREA LOCAL”. Sobre a doença, sua médica assentou que ela “contribui com a morbi-mortalidade da doença de maneira significativa com prejuízo da qualidade de vida importante. [...] A presença de tais lesões com comprometimento de estruturas nobres como vias aéreas e coluna, com compressão medular, são apresentações da doença com grande comprometimento da qualidade de vida e com prejuízo significativo e até risco de morte. Outro risco significativo dessas lesões é a transformação maligna desses tumores, com prognóstico extremamente reservado” (fls. 23).

Propriamente sobre os impactos da doença na vida da menor, a médica assentou que se trata de “paciente com histórico de internações de repetição para controle de quadro respiratório e distúrbio de deglutição severo com repercussão clínica significativa”.

Diante de tal quadro, a médica lhe prescreveu o uso prolongado de “SELUMETINIBE”, assentando que “hoje temos estudos publicados recentemente que o uso a longo prazo torna-se extremamente indicado nesses com resposta mantida enquanto paciente faz uso da medicação” (fls. 23).

Neste contexto, tratando-se de paciente em tratamento de doença gravíssima, a rescisão do contrato por iniciativa da ré não se mostrou lícita.

Com efeito, na linha do estabelecido na tese repetitiva firmada pelo STJ (**Tema 1082**), há diversos precedentes da Corte Superior em que assentada a necessidade de manutenção da cobertura enquanto perdurar o tratamento:

“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. nº 1841372, rel. Min. Moura Ribeiro, j. 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.º 1573016, rel. Min. Nancy Andrighi, j. 30.03.2020)

Diante deste cenário, e visando resguardar a integridade física da autora, acometida, como se viu, de doença grave com sequelas que demandam tratamento urgente, realmente não se entende cabível a recusa na manutenção do plano enquanto perdurar o atendimento, na linha do estabelecido em tese repetitiva firmada pelo C. Superior Tribunal de Justiça (**Tema 1082**).

Por tudo isso, acertada a sentença, ao determinar que a ré mantenha o plano de saúde da autora, ao menos durante o tratamento médico, mediante pagamento integral da contribuição devida.

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso, majorados os honorários sucumbenciais devidos para 15% do valor da causa, nos termos do art. 85, §11º, do CPC.

CLAUDIO GODOY
relator