



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000295262

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1072647-30.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante MARIA JOSE GIANNINI PERELLO, é apelado CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER E BENEDITO ANTONIO OKUNO.

São Paulo, 27 de março de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40741

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1072647-30.2024.8.26.0100

COMARCA: FORO CENTRAL CÍVEL

APELANTE: MARIA JOSE GIANNINI PERELLO

**APELADO: CENTRAL NACIONAL UNIMED COOPERATIVA
CENTRAL**

JUIZ: DR. JOÃO VITOR DE SOUZA LIMA PACHECO

R.G.

Apelação. Plano de saúde. Rescisão imotivada. Pretensão de restabelecimento. Contrato coletivo por adesão. Diante da ausência de oferta de plano individual, bem como diante do fato de que o beneficiário está em tratamento médico, incabível o cancelamento imotivado do plano de saúde. Apelo provido.

Trata-se de ação ajuizada por MARIA JOSÉ GIANNINI PERELLO contra CENTRAL NACIONAL UNIMED (CNU), objetivando o restabelecimento de contrato de plano de saúde. Para tanto, alegou que teria contratado plano de saúde coletivo empresarial com a ré desde 2015 e que esta teria procedido à rescisão indevida do contrato. Asseverou que é pessoa idosa, devendo ser mantida no plano nas mesmas condições anteriores.

A sentença de págs. 314/321 julgou improcedente a ação e revogou a tutela provisória requerida.

Apelação interposta às págs. 324/343 pela autora alegando que a ré não apresentou uma motivação idônea para a rescisão do contrato de assistência médica coletivo por adesão, prática que é considerada abusiva pelo Superior Tribunal de Justiça. Ainda, ressalta estar em tratamento médico. Requer ser mantida no seguro saúde, com as mesmas condições de cobertura.

Contrarrazões apresentadas às págs. 357/362.

É o relatório.

A Apelante, pessoa idosa de 91 anos, ajuizou a presente ação visando obter a manutenção do plano de saúde contratado, nas mesmas condições de cobertura e preço, sem exigência de cumprimento de novos períodos de carência, especialmente diante de sua idade.

Em análise perfunctória, o juízo *a quo* deferiu a tutela de urgência nos seguintes termos:

“Diante da notícia de descumprimento da tutela antecipada deferida para compelir a requerida a manter a autora, bem como seus dependentes, no mesmo plano dos funcionários ativos, ou seja, em plano familiar, com as mesmas condições de cobertura, nos termos do artigo 31 da Lei n.º 9.656/1998, determino a imposição de multa diária, a qual, considerando o perigo de dano à saúde do requerente e a capacidade econômica da requerida, fixo no importe de R\$ 5.000,00, limitado a R\$ 50.000,00, sem prejuízo da incidência da parte nas penas de litigância de má-fé e ato atentatório à dignidade da justiça, nos termos do artigo 77, § 2º do Código de Processo Civil. Fluindo a nova multa em caso de se perseverar no descumprimento injustificado da ordem judicial, a partir da notificação.”

Após, houve o proferimento de sentença de improcedência com a revogação da tutela concedida.

O seguro da apelante é da modalidade coletivo por adesão (art. 2º, II e art. 15º da RN 557/02), contratado através da Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo- ADPESP (fls. 18/19).

Em razão da profissão seu falecido marido, era associado da Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São

Paulo- ADPESP, tendo aderido ao seguro saúde coletivo por adesão da ré, em 10 de outubro de 2015.

O plano da qual a apelante era vinculada denomina-se UNIPLAN ADESAO OURO, registrado sob nº 474093159, de cobertura nacional, na segmentação assistencial Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia, administradora pela QUALICORP, conforme fez prova o cartão de identificação do plano de fl. 18.

A apelante, em 05 de abril de 2024, foi informada, através do e-mail de fls. 23/25 que o seguro seria cancelado a partir do dia 10/05/2024. Após, recebeu novas informações, retificando a comunicação de que o cancelamento se daria em 15/05/2024.

A apelante afirma que sofreu um acidente pessoal que resultou na fratura do colo cirúrgico do úmero esquerdo, sendo submetida a procedimento cirúrgico, com colocação de placas e parafuso. Diante disso, a apelante encontra-se em tratamento pós cirúrgico, realizando sessões de fisioterapia para tentar restabelecer o movimento do braço. E, afirma que necessitará de uma nova cirurgia.

Conforme decidido no agravo de instrumento n. 2162111-57.2024.8.26.0000 é entendimento de que somente em casos excepcionais a rescisão imotivada pode ocorrer.

A alegação de desequilíbrio além de não demonstrada não pode servir como único fundamento para a rescisão.

Ademais, pelo que se tem nos autos o valor pago como prêmio não é irrisório, ao contrário, o valor de R\$ 9.312,23 pela regra de experiência se mostra elevado em relação aos preços praticados pelos planos de saúde.

É aplicável ao caso o Código de Defesa do Consumidor, nos moldes da Súmula nº 100, deste E. Tribunal, in verbis: “O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.

Cabível a aplicação analógica do art. 13, inciso III, da Lei nº 9.656/98, com “amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana”. Confira-se:

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. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

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

(...)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

A Resolução nº 19 do CONSU, garante aos beneficiários, no caso de encerramento e extinção da apólice coletiva, o direito a um plano de saúde individual ou familiar, respeitadas as carências já vencidas.

O artigo 1º da citada Resolução estabelece que: 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.

Consoante o disposto neste artigo, depreende-se que não é necessário que a operadora de plano de saúde comercialize contratos individuais de plano de saúde, e sim que os tenha comercializado em algum momento e que estes estejam ativos.

Esta regra deve ser aplicada ao caso concreto.

Ademais, não é razoável que o paciente sofra limitações enquanto ainda em tratamento, para proteção do direito à vida, previsto no artigo 5º da Constituição Federal.

No caso dos autos, não há indicação de que a seguradora ofereceu plano individual à beneficiária, após o encerramento do plano coletivo.

Ademais, a Resolução nº 19 do CONSU, garante aos beneficiários, no caso de encerramento e extinção da apólice coletiva, o direito a um plano de saúde individual ou familiar.

Isto é o que dispõe o art. 1º cuja redação é:

“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.

Aqui não se faz alusão à comercialização de

plano, mas sim há a determinação de que sejam disponibilizados planos individuais para o caso de cancelamento, valendo ressaltar que não há distinção em relação à iniciativa pelo cancelamento.

Com efeito a possibilidade de rescisão de contrato coletivo disciplina-se pela Resolução CONSU nº 19, publicada pelo Conselho de Saúde Suplementar em 25.03.1999, a qual dispõe:

Artigo 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 exempregados, 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. [...] Artigo 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

Veja que a norma não distingue os casos em que a operadora ou a contratante quem deu causa à rescisão, determinando que cabe à operadora disponibilizar apólice individual ou familiar, sem período de carência, aos beneficiários do contrato coletivo rescindido.

De igual maneira, assim decidiu o c. Superior Tribunal de Justiça, no exame dos REsps n.º 1842751/SP e 1846123/SP (tema 1082/STJ):

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 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.)

Diante da ausência de oferta de plano individual, bem como diante do fato de que o beneficiário está em tratamento médico, incabível o cancelamento imotivado do plano de saúde.

Do exposto, **dou provimento** ao recurso, restabelecendo a antecipação de tutela.

Condeno a ré ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios que fixo em 10% sobre o valor da causa.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator