



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000297429

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008554-89.2024.8.26.0704, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado EDUARDO DA SILVA SOUZA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 27 de março de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto: 10674

Apelação Cível: 1008554-89.2024.8.26.0704

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelado: Eduardo da Silva Souza

Origem: Foro Regional XV - Butantã

Juiz de origem: Dr(a). Guilherme Silva e Souza

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO CONTRATUAL. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame O apelado, beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial, sofreu acidente grave e necessitou de tratamento médico contínuo. Após desligamento sem justa causa da empresa, optou por manter o plano de saúde, arcando com as mensalidades. A rescisão unilateral do contrato durante o tratamento foi considerada ilícita pela sentença de primeiro grau.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em: (i) regularidade da rescisão contratual do plano de saúde durante o tratamento médico do apelado.

III. Razões de Decidir 3. A relação entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, que protege o consumidor em contratos de adesão, interpretando normas contratuais em seu favor.

4. A rescisão unilateral do contrato durante o tratamento médico é considerada abusiva, violando a boa-fé objetiva e a função social do contrato, conforme entendimento do STJ no Tema 1082.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de contrato de plano de saúde durante tratamento médico é abusiva e viola a boa-fé objetiva. 2. O consumidor tem direito à continuidade do tratamento, arcando com as mensalidades.

Vistos.

Trata-se de Recursos de Apelação interposto por Sul América Companhia de Seguro Saúde em razão da sentença de fls. 390/394, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido inicial formulado nesta ação nas seguintes linhas: “*Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE a presente ação, para determinar o restabelecimento do contrato de plano de saúde em questão, mesmas condições de cobertura e custeio anteriormente titularizadas, até o término do tratamento em*

questão. Em tempo, torno definitiva a tutela antecipada concedida e julgo extinto o processo, com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, I, do CPC. Em razão da sucumbência, sobretudo causalidade, arcará a parte requerida com as despesas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o valor da causa.”.

Insurge-se a parte apelante (fls. 397/408) discorrendo sobre a inexistência de ato ilícito por parte da operadora e sobre o exercício regular do direito. Reitera que cessou o período de manutenção do seguro saúde do autor, aqui apelado, na condição de funcionário inativo da apólice contratada pela sua ex-empregadora. Discorre sobre o término do prazo de manutenção do seguro saúde da parte autora na condição de funcionário inativo. Recurso tempestivo e preparado. Explica que o Apelado migrou para extensão do plano na condição de demitido da Sul América, sendo que deveria permanecer até 30/10/2024, haja vista possuir o direito ao período de manutenção por 06 meses, em razão de sua contribuição pelo período de 12 meses. Manifesta que não há que se falar em aplicação ao caso do Tema 1082 do Superior Tribunal de Justiça. Pugna, por fim, a reforma da r. sentença com a improcedência do pedido inicial.

Sobrevieram contrarrazões às fls. 415/422.

É o relatório.

Relevante fazer menção à regular e esmerada tramitação do feito em primeiro grau de jurisdição sob a presidência do MM Juiz de Direito Dr. Dr(a). Guilherme Silva e Souza, cuja sentença não merece qualquer reparo.

Pois bem

A pretensão recursal visa a reversão da sentença hostilizada sob o argumento de regularidade da rescisão contratual do plano de saúde, tese que não comporta acolhimento.

Cumpram-se ainda ressaltar que há de se considerar a relação travada pelas partes à luz do Código de Defesa do Consumidor.

A Lei Consumerista ingressou em nosso ordenamento jurídico tendo como finalidade a tutela das relações de consumo, dando proteção constitucional ao consumidor ante o fornecedor, segundo consta no artigo 5º, inciso

XXXII, da Carta Magna. Desse modo, não se pode negar que a parte autora enquadra-se no caput do artigo 2º da Lei nº 8.078/90, como consumidor, porquanto contrataram a prestação de serviço na qualidade de destinatária final. A parte ré, por sua vez, constitui-se como fornecedora, em consonância ao artigo 3º, caput, do referido diploma legal.

Outrossim, incontestes a aplicabilidade das normas elencadas pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Importante salientar que a referida lei especial não afasta a incidência do Código de Defesa do Consumidor nas relações entre operadoras de planos de saúde e segurados, pois ambos sistemas normativos seguem princípios similares, estabelecendo entre si a complementariedade, afastada portanto a antinomia.

Neste dado raciocínio, o art. 35-G da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001, estabelece a incidência e complementariedade do CDC (Lei nº 8.078/90, de hierarquia constitucional – art. 48 ADCT/CF) aos contratos de plano de saúde.

Destarte, consolidou-se na doutrina e jurisprudência hodierna que os contratos de planos de saúde constituem-se, evidentemente, como contratos de adesão. Nesse quadro, observados a vulnerabilidade e hipossuficiência do consumidor, as normas contratuais serão sempre interpretadas em seu favorecimento, observado o princípio da boa-fé objetiva.

Incontroverso que o apelado é beneficiário do plano de saúde comercializado pela ré SulAmérica (fls. 17/19) proveniente do vínculo empregatício com a empresa INFOSYS CONSULTING LTDA, que teve início em 06/02/23.

Ao que consta do feito, em 13/12/23, o recorrido sofreu um acidente doméstico grave com fratura exposta da tíbia e fíbula da perna direita, quando foi internado através do aludido convênio médico SulAmérica saúde, vindo a passar por cirurgia em 14/12/23 para colocação de um fixador ósseo externo, devido à gravidade da lesão óssea. Ato contínuo, em 21/12/23, o requerente precisou passar novamente por cirurgia, quando foi fixada uma haste na tíbia e placa na fíbula, para auxiliar a recuperação óssea, todavia, posteriormente, desenvolveu uma infecção grave no local lesionado, uma Osteomielite (CID. M86.9), sendo submetido a uma 3ª cirurgia para remoção da haste e placa, por correr o risco de amputação do membro

ante a gravidade do quadro infeccioso.

Nesse passo, foi desligado sem justa causa da empresa Infosys Consulting LTDA em 30/01/2024, ocasião em que por necessidade de manter o tratamento da lesão na perna, fez a opção legal de permanecer no plano de saúde coletivo empresarial conforme termo de extensão anexo, apólice/contrato nº 71251 8RLQA, que iniciou em 31/01/24, data a partir da qual se responsabilizou pelo pagamento integral das mensalidades, como vem fazendo até os dias atuais, conforme comprovantes, cujo prazo de cancelamento unilateral ficou previsto para 31/10/24.

Consta, ainda, no laudo médico que o autor realizou procedimentos cirúrgicos com continuidade do acompanhamento (fls. 32), havendo, conforme indicado na inicial, necessidade de novo procedimento de intervenção cirúrgica.

Oportuno anotar a tese firmada pelo Superior Tribunal de Justiça quando do julgamento do tema repetitivo 1.082 no sentido de que *“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 devida.”*, hipótese que se alinha integralmente ao caso concreto.

Diante destas circunstâncias, mostra-se irrelevante a fundamentação para a rescisão do contrato, conquanto deve ser concluído o tratamento a que se submete o Apelado, tal como decidido pela sentença hostilizada.

Nesse sentido:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER –

Plano de Saúde – Autor que pretende sua manutenção no plano de saúde contratado por sua antiga empregadora, em razão de tratamento de doença grave – Sentença de procedência para o fim de determinar que a ré mantenha/reintegre o autor e seus dependentes em todos os serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais inerentes ao plano de saúde decorrente do vínculo empregatício

noticiado, nas mesmas condições até o término do tratamento prescrito ao autor, mediante o pagamento integral das mensalidades, facultando sua migração para outra modalidade de contrato, com idênticas condições e sem a obrigação de carências – Irresignação da operadora de saúde ré – Não acolhimento – Aplicação das regras do CDC – Hipótese em que, apesar de o autor ter sido incluído em plano de saúde empresarial contratado por sua antiga empregadora, ele optou por permanecer no plano de saúde contratado por estar em tratamento médico – Impossibilidade de rescisão do contrato ante o decurso do prazo de permanência previsto no Termo de Responsabilidade, diante da comprovada realização de tratamento médico de doenças graves – Adoção do entendimento firmado pelo C. STJ no julgamento do Tema 1082 – Inaplicabilidade dos artigos 30 e 31, ambos da Lei 6.656/98, tampouco do Tema 1034 do C. STJ – Sentença mantida – Recurso desprovido . (TJ-SP - Apelação Cível: 1006437-14.2022.8.26 .0020 São Paulo, Relator.: Marcus Vinicius Rios Gonçalves, Data de Julgamento: 30/11/2023, 6ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 30/11/2023)

LEGITIMIDADE PASSIVA "AD CAUSAM" – CABE À OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE DITAR O PREÇO DOS SEUS PLANOS E CREDENCIAR OS PRESTADORES DE SERVIÇO – INTELIGÊNCIA DA SÚMULA 101 DESTA CORTE. PLANO DE SAÚDE – FUNCIONÁRIO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA - SITUAÇÃO REGULADA PELO ART. 30 DA LEI 9.656/98 – IMPOSSIBILIDADE, EM TESE, DE ESTENDER O CONTRATO DO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR TEMPO INDETERMINADO

- AUTOR EM TRATAMENTO DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA - INVIÁVEL A INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO - PECULIARIDADE DO CASO QUE JUSTIFICA OBRIGAR A RÉ A MANTER O REQUERENTE NO PLANO DE SAÚDE, NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA EXISTENTES NA OCASIÃO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO, POR TEMPO INDETERMINADO, MEDIANTE O PAGAMENTO INTEGRAL DO PRÊMIO MENSAL APURÁVEL EM LIQUIDAÇÃO DE SENTENÇA - SENTENÇA MANTIDA - RECURSO DESPROVIDO . (TJ-SP - Apelação Cível: 1013387-55.2023.8.26 .0068 Barueri, Relator.: Theodureto Camargo, Data de Julgamento: 20/03/2024, 8ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 20/03/2024)

Portanto, os fundamentos lançados na r. Sentença de Primeiro Grau, devem ser adotados como razão de decidir deste voto.

Consoante prescreve o art. 252 do Regimento Interno deste Tribunal de Justiça:

“Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la, apreciando, se houver, os demais argumentos recursais capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada no julgamento”.

Ademais nesse sentido tem se posicionado o Colendo STJ em nome da celeridade e duração razoável do processo, princípios insculpidos na Carta Magna (art. 5º, LXXVIII), in verbis:

“pode o Tribunal local, examinando a apelação, adotar ou ratificar os fundamentos da sentença como razão de decidir do acórdão sem que isso represente omissão ou ausência de motivação do julgado. Precedentes” (4ª Turma, AgRg no AREsp nº 377.353/SP, Relator Ministro Marco Buzzi, 11.3.2014). No

mesmo sentido: STJ, 4ª Turma, AgRg no AREsp nº 530.121/SP, Relator Ministro Luis Felipe Salomão, 19.8.2014; STJ, AgInt no AREsp nº 873.063/SP, Relator Ministro Marco Buzzi, 20.6.2017).

Assim, depreende-se que com precisão concluiu a juízo a quo à fls. 393:

“Desse modo, inequívoca a ilicitude da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde durante o período de tratamento imposto ao beneficiário, em situação de especial vulnerabilidade, onerosidade excessiva verificada em decorrência, frustrando, assim, a finalidade da contratação, nítida violação à boa-fé objetiva e função social do contrato. Portanto, forçoso reconhecer a abusividade na rescisão unilateral do contrato de plano de saúde firmado entre as partes, sendo de rigor o seu restabelecimento.”

Ressalto, finalmente, que o presente acórdão enfocou as matérias necessárias à motivação do julgamento, tornando claras as razões do *decisum*. Todavia, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS18205 / SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006 p. 240).

Majoro os honorários advocatícios de sucumbência em favor dos patronos da parte apelada para 12% sobre o valor da causa.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO**, ao recurso.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator
Assinatura Eletrônica