



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000297431

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1074158-63.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, é apelado SAMIA REGINA SANTOS LIMA.

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 aos recursos. 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



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto: 10708

Apelação Cível: 1074158-63.2024.8.26.0003

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A e Qualicorp Administradora De Benefícios S.A.

Apelado: Samia Regina Santos Lima

Origem: Foro Central Cível - Capital

Juiz de origem: Dr(a). Flavia Poyares Miranda

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

I. Caso em Exame A Apelada firmou contrato de plano de saúde com a ré Amil e recebeu notificação de cancelamento unilateral. A autora está em tratamento de saúde devido a lesões no quadril, lombalgia e fibromialgia, necessitando de continuidade de fisioterapia.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste na regularidade da rescisão contratual do plano de saúde e a necessidade de continuidade do tratamento médico da Apelada.

III. Razões de Decidir 3. As rés integram a cadeia de consumo e têm legitimidade para o pedido, conforme o Código de Defesa do Consumidor.

4. A rescisão unilateral do plano de saúde não pode interromper o tratamento médico necessário à sobrevivência ou incolumidade física do usuário, conforme tese do STJ no tema repetitivo 1.082.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de plano de saúde não pode interromper tratamento médico essencial. 2. As normas do Código de Defesa do Consumidor aplicam-se aos contratos de plano de saúde.

Vistos.

Trata-se de Recursos de Apelação interposto por Amil Assistência Médica Internacional S/A e Qualicorp Administradora De Benefícios S.A., em razão da sentença de fls. 144/151, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido inicial formulado nesta ação nas seguintes linhas: *“Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido, extinguindo o feito com resolução de mérito, nos termos do art. 487, I, do NCPC, para impedir a rescisão imotivada do contrato, garantindo assim, a continuidade do vínculo entre as partes, condenando-se a Requerida a*

manter ativo o contrato de plano de saúde celebrado, confirmando-se a tutela antecipada. Condeno ainda a requerida no pagamento de danos morais, no valor de R\$ 5.000,00, com correção monetária a partir do arbitramento e juros de morar a contar da citação.”

Insurge-se a parte apelante Qualicorp (fls. 154/168) discorrendo em preliminar sobre sua ilegitimidade passiva. No mérito, discorre sobre documentações juntadas que comprovam o cancelamento realizado pela operadora e não pela administradora de benefícios. Aduz que a comunicação de cancelamento foi feita corretamente pela ré, recebida pela recorrida em 30.04.2024, prevendo o cancelamento para 01.06.2024, cumprindo o aviso prévio de 30 dias. Ainda, discorre sobre a ausência de responsabilidade da administradora em relação ao cancelamento por parte da operadora e pela garantia do tratamento contínuo. Ao final, requer a improcedência do pedido inicial.

Recorre a apelante AMIL (fls. 175/191) apondo, inicialmente, que houve a rescisão de os todos os Contratos Coletivos por Adesão vigentes firmados entre a Amil e Qualicorp Administradora de Benefícios. Reitera que cabe exclusivamente à Administradora contratar outro plano de saúde perante alguma das operadoras disponíveis no mercado e ofertar o referido plano aos beneficiários que tiveram os contratos rescindidos. Discorre sobre a possibilidade de rescisão contratual de forma unilateral, bem como sobre a possibilidade de portabilidade entre operadoras de saúde. Ao final, pugna a improcedência do pleito exordial da parte autora.

Recursos tempestivos e preparados.

Sobrevieram contrarrazões às fls. 197/211.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

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(a). Flavia Poyares Miranda, 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.

De proêmio, acerca da ilegitimidade passiva aventada, rechaço o pleito recursal, visto que “Incontroverso que as rés integram a cadeia de consumo estabelecida com a parte autora e, portanto, ambas têm legitimidade para o pedido, como tem reiteradamente decidido o Tribunal, fulcrado no parágrafo único do artigo 7º do Código de Defesa do Consumidor, in litteris: "Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo." Ainda, preconiza o parágrafo 1º do artigo 25: "Havendo mais de um responsável pela causação do dano, todos responderão solidariamente pela reparação prevista nesta e nas seções anteriores." Assim, de rigor a manutenção de ambas as requeridas, sendo afastada a alegação de ilegitimidade passiva. Ademais, cumpre dizer que tanto a operadora quanto a administradora são partes legítimas, não somente por integrarem a cadeia de consumo, mas, também, porque cabe a elas a manutenção do plano de saúde para o titular e os seus dependentes, com as mesmas condições de cobertura e preço do plano coletivo de que eram beneficiários.” (TJ-SP - Apelação Cível: 10434104820248260100 São Paulo, Relator: Lia Porto, Data de Julgamento: 27/08/2024, 7ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 27/08/2024)”.

Superado esse ponto, cumpre 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 a Apelada firmou contrato de plano de saúde comercializado pela ré Amil e que, em 30/04/2024 recebeu notificação de cancelamento unilateral a partir de 01/06/2024 (fls. 31/33).

Consta dos autos que a parte autora está em tratamento de saúde decorrente de lesões no quadril, lombalgia e fibromialgia, tendo seus movimentos reduzidos. vide laudo médico (fls. 38).

Consta, ainda, no laudo médico que a autora apelada é paciente com: *“enorme necessidade de continuidade de fisioterapia e mudança ou afastamento temporário de atividades físicas que requerem esforço”* (fls. 38).

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 a Apelada, tal como decidido pela sentença hostilizada.

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. 451/455:

“Desse modo, a ação comporta acolhida, para impedir a rescisão imotivada do contrato, garantindo assim, a continuidade do vínculo entre as partes, condenando-se a Requerida a manter ativo o contrato de plano de saúde celebrado, confirmando-se a tutela antecipada. Nessa esteira, tendo notificado o autor do cancelamento do plano sem ter ofertado a contratação na modalidade individual/familiar, não cumpriu o réu dever de informar, ônus que lhe incumbe em razão do exercício da atividade econômica que desenvolve, observando que tal dever, como é da cláusula geral de boa fé, deve estar presente não só na celebração, mas durante e até mesmo após o término da relação contratual. Assim, não há como

negar que a autora sofreu danos morais e que houve contribuição do réu para isso” (fls. 151).

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).

Por fim, majoro os honorários advocatícios em favor do patrono da parte apelada para 12% do valor da condenação.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO aos recursos.**

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator
Assinatura Eletrônica