



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000299303

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1071415-80.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, são apelados/apelantes HENRY ZAIA DE SOUZA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e ANDRESSA CRISTIANE ZAIA DE SOUZA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento a ambos recursos. V.U. Sustentou oralmente a advogada Dra. Thayana Carrara.", de conformidade com o voto do Relator(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente sem voto), MARIA DO CARMO HONÓRIO E CESAR MECCHI MORALES.

São Paulo, 27 de março de 2025.

DÉBORA BRANDÃO

Relatora

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Apelação Cível nº 1071415-80.2024.8.26.0100

Apelante/Apelado: Unimed Seguros Saúde S/A

Apdos/Aptes: Henry Zaia de Souza e Andressa Cristiane Zaia de Souza

Comarca: São Paulo

Voto nº 003564

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Recurso de apelação interposto contra sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos do autor para manutenção do plano de saúde e cobertura integral do tratamento de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ambas as partes apelam. II. Questão em Discussão. A questão em discussão consiste em (i) possibilidade de rescisão unilateral do contrato coletivo por adesão pela operadora do plano de saúde e (ii) reconhecimento de danos morais ao autor. III. Razões de Decidir. O julgamento antecipado da lide não cerceou o direito de defesa, pois as provas documentais eram suficientes para o julgamento do mérito. A rescisão unilateral do contrato, nas circunstâncias apresentadas, viola o princípio da boa-fé contratual e da proteção ao consumidor, sendo vedada a interrupção do tratamento médico essencial ao autor, portador de TEA. IV. Dispositivo e Tese. **Recursos da autora e ré desprovidos.** Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de contrato coletivo de plano de saúde é vedada quando o beneficiário está em tratamento médico essencial. 2. Não configuração de danos morais em caso de mera desavença contratual.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 657/661, que julgou parcialmente procedente os pedidos do autor para determinar a manutenção do plano de saúde, bem como a cobertura integral de seu tratamento, por ser pessoa portadora de Transtorno do Espectro Autista – TEA.

Apelam ambas as partes.

Sustenta a requerida (fls. 678/694), em síntese, cerceamento de defesa, na medida em que houve julgamento antecipado do feito, sem a produção de prova da necessidade de continuidade do tratamento. No mérito, sustenta a possibilidade de rescisão unilateral do contrato coletivo por adesão, nos termos do art. 23 da RN nº 557/2022, mediante notificação prévia, em preservação ao equilíbrio financeiro. No mais, não se justifica a manutenção do plano de saúde, uma vez que não há internação hospitalar do autor, ou ainda tratamento médico para manutenção da vida, sendo que as terapias multidisciplinares que se submete visam apenas uma melhor qualidade de vida. Sustenta a existência julgamento ultra petita, uma vez que incluiu condenação ao ressarcimento de despesas, que não foi objeto da petição inicial. Por fim, pretende a reforma integral da sentença e a improcedência dos pedidos formulados pelo autor.

Sustenta o autor (fls. 700/709), em síntese, que o conjunto probatório demonstra que o cancelamento unilateral de beneficiário diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista, é forma velada de seleção de risco praticada pela operadora do plano de saúde. Afirma que tal prática é vedada pela Resolução Normativa nº 195 da ANS, e moralmente reprovada, sendo o cancelamento unilateral, nessas circunstâncias, arbitrário. Por fim, pretende a reforma da sentença para reconhecer os danos morais, fixando indenização de R\$ 10.000,00 para tanto.

Recurso processado, contrarrazões recursais às fls. 715/726 e 727/742.

Às fls. 767/768 a requerida manifestou oposição ao julgamento virtual.

Parecer da d. PGJ às fls. 784/794, manifestando-se pelo desprovimento dos recursos.

É o relatório.

Os recursos interpostos não comportam acolhimento,

pelas razões e fundamentos aduzidos a seguir.

Prima facie, afasto arguição de cerceamento de defesa.

O julgamento antecipado da lide não cerceou o direito de defesa da apelante. Contrariamente ao que foi alegado em sede de apelação, o feito estava apto ao julgamento antecipado, na medida em que as alegações e documentos apresentados pelas partes permitiam o pronunciamento de mérito.

As questões que a apelante pretende comprovar mediante dilação probatória, ou são incontroversas, ou podem ser constatadas pela prova documental constante dos autos.

Assim, afigurava-se desnecessária a produção de qualquer outra prova, para o deslinde da controvérsia.

Conforme art. 370 do Código de Processo Civil, o juiz é o destinatário da prova, podendo indeferir aquelas que julgar desnecessárias ao deslinde do feito.

O autor – menor de idade, de 4 anos, beneficiário de plano coletivo por adesão celebrado com a operadora ré, está incluído no Transtorno do Espectro Autista, e recebe tratamento clínico pertinente para seu caso (fls. 161/175).

Afirma que o pacto foi mantido até o recebimento de notificação (fls. 176), informando que o contrato seria cancelado em 30/04/2024, sem qualquer justificativa. Entretanto, o beneficiário estaria em tratamento médico contínuo, que não pode ser interrompido sob o risco de comprometimento de seu estado de saúde.

Em que pese o direito arguido pela operadora apelante, acerca da possibilidade de rescindir o contrato unilateralmente, tal entendimento não é ilimitado, devendo ser observados os preceitos, dispositivos e princípios de nosso ordenamento jurídico, bem como do entendimento dos Tribunais Superiores.

Embora o art. 13 da Lei nº 9.656/1998 estabeleça a impossibilidade de denúncia imotivada apenas para planos individuais/familiares, o que não é o caso do contrato mantido entre os litigantes, a denúncia imotivada, no caso vertente, não é possível. Isso porque deve ser analisado o caráter fundamental

do serviço contratado (preservação da saúde) e a garantia do adequado tratamento médico, sendo vedado à operadora do plano de saúde simplesmente romper o contrato, ainda mais quando a beneficiário é portador de transtorno (TEA), que compromete o desenvolvimento global da pessoa, de modo que a manutenção das terapias são essenciais à preservação de seu estado clínico.

Com efeito, a rescisão do contrato, nessas circunstâncias, viola o princípio da boa-fé contratual e da proteção ao consumidor, privando o paciente do tratamento de que necessita, depois de efetuar os pagamentos.

O entendimento fixado pelo C. Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema nº 1082: *“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”* (REsp nº 1.842.751/ RS; Relator Ministro Luís Felipe Salomão; Julgado em 22/06/2022 REsp nº 1.846.123; Relator Ministro João Otávio de Noronha; Julgado em 22/06/2022).

Nessa trilha, não obstante tratar-se de plano de saúde coletivo, é certo que os destinatários finais do contrato são os indivíduos, que não podem ficar, de uma hora para outra, desprovidos de qualquer assistência médica, notadamente diante da necessidade da continuidade do tratamento médico pelo autor e da gravidade do diagnóstico, situação que se amolda ao entendimento firmado pelo Tribunal Superior acima mencionada.

Não se trata, contudo, de obrigar a ré a manter-se vinculada ao contrato eternamente, mas sim de impedir o cometimento de abusos ou a estipulação de regras que acarretem o desequilíbrio contratual.

Destaque-se que, recentemente, no julgamento dos EDcl no REsp 1846123/SP (tema 1082) o C. Superior Tribunal de Justiça acolheu em parte os embargos de declaração: *“(…) para declarar que a expressão 'cuidados assistenciais prescritos', mencionada na tese fixada no acórdão embargado,*

abrange os cuidados assistenciais autorizados e aqueles deles decorrentes e necessários à conclusão do tratamento médico do beneficiário". Aplicável, por analogia, o disposto no art. 13, parágrafo único, III, da Lei nº 9656/1998, que veda a suspensão ou rescisão do contrato durante a ocorrência de internação hospital ou situações análogas.

Ademais, não se pode perder de vista que a interrupção do tratamento do beneficiário e possível obrigatoriedade de cumprimento de novos prazos de carência certamente culminarão em prejuízo irreversível à sua saúde.

Nesse sentido o entendimento deste Egrégio Tribunal
Bandeirante:

APELAÇÃO CÍVEL. Ação de manutenção de plano de saúde. Extinção do contrato coletivo por iniciativa da estipulante, a administradora de benefícios. Sentença de procedência. Inconformismo. Não acolhimento. Preliminar. Alegação de ilegitimidade passiva suscitada pela ré, a operadora do plano de saúde. Rejeição. Solidariedade passiva. Havendo típica relação de consumo, são solidariamente responsáveis perante o consumidor, ademais, todas as empresas que integram a cadeia de fornecimento. Condições da ação que são aferidas com base no estado da asserção. Pertinência subjetiva caracterizada, relegando-se ao mérito a aferição da procedência das alegações da parte autora. Mérito. Rescisão unilateral de contrato coletivo. Possibilidade. Art. 13 da Lei nº 9.656/98 que tem alcance restrito aos planos individuais/familiares. Inteligência do art. 23 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS. Necessidade, porém, de manutenção dos contratos dos beneficiários que estejam no curso de tratamento garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física. Aplicação da tese fixada pelo C. Superior Tribunal de Justiça em sede de recurso repetitivo (Tema 1082). **Caso concreto em que o autor é portador de "transtorno do espectro autista", com tratamento em curso. Circunstância que determina a manutenção do contrato, desde que efetuado o pagamento integral da mensalidade. Aplicabilidade do Tema 1082 a beneficiários portadores de TEA.** Precedentes desta E. Corte de Justiça. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO, com majoração dos honorários advocatícios devidos pelas rés recorrentes. (TJSP; Apelação Cível 1112094-59.2023.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 32ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/05/2024; Data de Registro: 17/05/2024).

PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Insurgência recursal da operadora contra sentença de parcial procedência. Contrato coletivo por adesão. Cancelamento unilateral e imotivado do plano de saúde. **Beneficiário encontra-se em tratamento de quadro sequelar de acidente vascular cerebral em tronco cerebral com hemiparesia à**

esquerda. Necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência, até sua efetiva alta. Incidência do Tema 1082 do STJ. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1074893-33.2023.8.26.0100; Relator (a): Wilson Lisboa Ribeiro; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/10/2024; Data de Registro: 25/10/2024)

Agravo de Instrumento – Ação de obrigação de fazer – Decisão que concedeu a tutela de urgência à autora - Agravo da requerida Amil – Manutenção de plano de saúde após rescisão unilateral de contrato coletivo - Presença dos requisitos do art. 300, "caput", do CPC – **Beneficiária idosa, que demonstrou ter sido acometida por um recente acidente vascular cerebral, atualmente passando por tratamento médico contínuo para tratamento das sequelas, cuja interrupção poderá acarretar severos prejuízos a sua vida e saúde - Vedado o cancelamento do plano nessa circunstância – Inteligência do Tema 1082 do C. STJ – Precedentes desta Colenda Câmara em situações análogas** – Questão referente à responsabilidade da administradora de benefícios não foi objeto de apreciação na origem, de modo que decidir, nesta instância recursal, corresponderia à indevida supressão de instância - Decisão mantida – Recurso desprovido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2197602-28.2024.8.26.0000; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 24ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/09/2024; Data de Registro: 19/09/2024)

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela provisória de urgência deferida. Determinação de manutenção do plano de saúde, sob pena de multa de R\$ 1.000,00 por atendimento negado. Inconformismo. Não cabimento. **Dependente em tratamento médico de sequelas de acidente vascular cerebral hemorrágico. Obrigação da operadora de manter a cobertura até que haja liberação médica. Manutenção do plano de saúde. Alegação de inadimplemento do contrato coletivo firmado entre o plano de saúde e a estipulante. Eventual rescisão não afasta a obrigação da operadora de manter a cobertura de tratamento de doença grave em curso de beneficiário, até que haja a alta médica. Decisão em consonância com a tese firmada no julgamento do Tema n. 1082, do C. Superior Tribunal de Justiça. Respeito à função social do contrato e ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.** Garantia dos beneficiários, no caso de encerramento e extinção da apólice empresarial, ao direito a um plano de saúde individual ou familiar, respeitadas as carências já vencidas. Decisão mantida. Agravo improvido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2134913-45.2024.8.26.0000; Relator (a): Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 38ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/06/2024; Data de Registro: 11/06/2024)



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Assim, de rigor a manutenção do plano de saúde em que o autor é beneficiário, mediante o pagamento regular de contraprestação.

No que tange ao pleito indenizatório por danos morais, rejeito o pleito recursal, porque não restaram configurados.

As partes divergem quanto à possibilidade de cancelamento unilateral do contrato durante tratamento multidisciplinar à portador de TEA, situação que, ainda que indevida, era controvertida.

Inexiste comprovação de que tenha havido qualquer agravamento de saúde do paciente, em razão do cancelamento, a ensejar excepcionalmente a condenação a este título.

A hipótese não é de dano *in re ipsa*, de forma que é necessário que se verifique, no caso concreto, a preocupação, angústia ou sofrimento, que ultrapasse o limite do mero aborrecimento, o que não ocorreu no caso concreto.

Nesse sentido, conferir os julgados abaixo desta C. 6ª

Câmara:

PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – Autora que postula a condenação da ré ao custeio de cirurgias pós-bariátricas – Sentença de procedência em parte, que determinou o custeio das cirurgias e fixou indenização por dano moral em R\$ 5.000,00 – Insurgência da ré – Parcial acolhimento – Procedimentos que constituem desdobramento de anterior cirurgia (bariátrica), coberta pelo contrato – Relatório do médico que assiste a paciente que comprova a necessidade dos procedimentos que não tem natureza estética, mas caráter reparador e funcional – Ônus da prova em contrário que era da ré, conforme precedente vinculante, não tendo havido requerimento de provas - Tema 1069 do C. STJ - Recusa que, portanto, mostrou-se abusiva à luz do CDC - Súmula 97 deste E. Tribunal de Justiça – Precedentes desta E. 6ª Câmara – **Dano moral que, no entanto, não restou configurado – Mero inadimplemento contratual - Inexistência de violação a direito da personalidade – Recurso parcialmente provido.** (TJSP; Apelação Cível 1009969-39.2021.8.26.0405; Relator (a): Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Osasco - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/09/2024; Data de Registro: 30/09/2024) *grifei*

Apelação. Ação de obrigação de fazer cumulada com pedido indenizatório proposta contra operadora de plano de saúde. Pretensão de cobertura para cirurgias reparadoras sucessivas à gastroplastia. Parcial procedência. Apelos de ambas as partes. Desacolhimento. Aplicação da tese vinculante firmada pelo Eg. STJ em julgamento sob o rito dos recursos repetitivos (Tema nº 1069). Intervenções que não têm finalidade estética, e, sim, representam a continuidade do tratamento médico contra a obesidade mórbida iniciado com a cirurgia bariátrica. Relatório médico conclusivo nesse sentido. Desnecessidade de instauração de junta médica ou realização de prova pericial. Abusividade da recusa de cobertura. Precedentes. **Danos morais não configurados. Mero descumprimento contratual (reconhecido após dirimida a controvérsia jurídica existente, inclusive, no Judiciário) impassível de gerar o dever de indenizar. Prejuízos à saúde do paciente não evidenciados.** Sentença mantida. Recursos desprovidos. (TJSP; Apelação Cível 1021181-93.2021.8.26.0005; Relator (a): Costa Netto; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional V - São Miguel Paulista - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 26/09/2024; Data de Registro: 26/09/2024) *grifei*

Portanto, não foi evidenciado no caso concreto a violação ao direito de personalidade e sim mera desavença quanto a interpretação das condições contratuais.

Ante o exposto, por meu voto, **nego provimento** a ambos os recursos, nos termos da fundamentação acima.

Face ao insucesso recursal, majoro os honorários de sucumbência devido pela ré para 12% do valor da causa atualizada, nos termos do artigo 85, §§ 2º e 11, do Código de Processo Civil.

Para fins de eventual recurso às instâncias superiores, consideram-se prequestionados todos os dispositivos citados pelas partes (art. 1025 do CPC), que não se coadunam com a linha de entendimento adotado no julgamento deste recurso.

DÉBORA BRANDÃO
Relatora
Assinatura Eletrônica