



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000298939

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1014675-42.2023.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado BRADESCO SAÚDE S/A, é apelado/apelante PREMIER A LOJA DE PROD ELET E ELETRO COM.

ACORDAM, em Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento à apelação da ré e deram provimento à apelação da autora. V.U.", de conformidade com o voto do Relator(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores IRINEU FAVA (Presidente sem voto), PEDRO FERRONATO E MARA TRIPPO KIMURA.

São Paulo, 27 de março de 2025.

PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO

Relator

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Apelação Cível nº 1014675-42.2023.8.26.0002

Apelante/Apelado: Bradesco Saúde S/A

Apelado/Apelante: Premier A Loja de Prod Elet e Eletro Com

Comarca: São Paulo

Voto nº 2296

DIREITO DO CONSUMIDOR – APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE COLETIVO – RESCISÃO UNILATERAL – ABUSIVIDADE – MANUTENÇÃO DO CONTRATO.

I. CASO EM EXAME: Ação de obrigação de fazer contra Bradesco Saúde S/A. Parte autora contratou plano de saúde coletivo empresarial "Saúde Top Nacional" para quatro beneficiários. Rescisão unilateral do contrato sem adequada notificação prévia e sem possibilidade de migração para outro plano. Pedido de manutenção do contrato e proibição de rescisão unilateral, salvo nas hipóteses legais. Sentença que julgou parcialmente procedente o pedido, determinando a manutenção do plano de saúde até a alta médica do beneficiário SILVIO, diagnosticado com carcinoma basocelular forma nodular, e afastando a obrigatoriedade de continuidade do contrato em razão do tratamento do beneficiário PEDRO LUIZ, diagnosticado com transtorno do espectro autista, por não se enquadrar nos critérios do Tema 1082 do STJ. Apela ambas as partes.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO: (i) se a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo é abusiva e (ii) se a manutenção do contrato deve ser garantida para todos os beneficiários.

III. RAZÕES DE DECIDIR: 1. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula 608 do STJ. 2. Contratos coletivos com reduzido número de beneficiários é atípico, sujeito às regras dos planos individuais para efeitos de rescisão contratual. 2. Rescisão unilateral sem justa causa viola o art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98. 3. Notificação de cancelamento não foi efetivamente recebida. 4. Resolução Consu nº 19/1999 não cumprida pela ré, que não ofereceu migração para plano individual ou familiar. 5. Direito à manutenção do contrato para todos os beneficiários reconhecido. Resolução contratual sujeita às regras do artigo 13 da Lei 9.656/98.

IV. DISPOSITIVO E TESE: Nega-se provimento à apelação da ré e dá-se provimento à apelação da autora.

Trata-se de ação de obrigação de fazer proposta em face de

Bradesco Saúde S/A, na qual a parte autora relata ter celebrado contrato de assistência médica coletivo empresarial, categoria "Saúde Top Nacional", abrangendo quatro beneficiários, e que, apesar da regularidade no pagamento das mensalidades, foi surpreendida com a rescisão unilateral do plano pela requerida, sem notificação prévia e sem possibilidade de migração para outro plano.

Pediu, liminarmente, a manutenção do contrato de plano de saúde nos moldes anteriores ao cancelamento, bem como, no mérito, a confirmação da tutela e a proibição da rescisão unilateral, salvo nas hipóteses previstas no art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98.

Na r. sentença (fls. 209/212), o pedido foi julgado parcialmente procedente, determinando-se a manutenção do plano de saúde até a alta médica do beneficiário SILVIO, diagnosticado com carcinoma basocelular forma nodular, devendo a requerida, após a alta, disponibilizar nova contratação individual ou familiar sem carências ou viabilizar a portabilidade especial para outra operadora. Por outro lado, afastou-se a obrigatoriedade de manutenção do contrato em razão do tratamento de PEDRO LUIZ, diagnosticado com transtorno do espectro autista, sob o fundamento de que tal condição não se enquadra nos critérios do Tema 1082 do STJ. Pela sucumbência recíproca, determinou-se o rateio das custas, despesas processuais na proporção de 70% para a ré e 30% para a autora e honorários advocatícios em 10% para cada parte.

Apela a requerida Bradesco Saúde S/A (fls. 217/234), pleiteando a reforma integral da sentença, com a improcedência dos pedidos e a inversão do ônus de sucumbência. Subsidiariamente, requer que a reativação do plano seja restrita ao beneficiário SILVIO, nos termos do Tema 1082 do STJ.

Apela a parte autora (fls. 244/265), insurgindo-se contra a exclusão do beneficiário PEDRO LUIZ da decisão que determinou a continuidade do plano de saúde, sustentando a necessidade de manutenção do tratamento multidisciplinar para transtorno do espectro autista. Argumenta que a rescisão unilateral do contrato é abusiva e que a sentença deveria ter garantido a manutenção

do plano em favor de todos os beneficiários enquanto persistisse a necessidade de tratamento.

Recurso tempestivo e regularmente preparado.

Contrarrazões às fls. 277/288 e 289/310.

Há oposição ao julgamento virtual (fl. 316).

É o relatório.

Desde logo importante ressaltar que as normas do Código de Defesa do Consumidor são aplicáveis ao caso em questão. Não resta dúvida quanto à condição da Apelada como destinatária final na relação de consumo. Inclusive, o assunto já está sumulado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ): “*Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*”

Tecida esta premissa, passemos à análise do mérito.

Não há, em princípio, nulidade na cláusula contratual que prevê a possibilidade de rescisão unilateral imotivada, desde que precedida de prévio aviso, eis que, em se tratando de plano coletivo empresarial a ele não se aplicam as disposições do artigo 13 da Lei 9.656/98.

Também não há, em tese, violação ao Código de Proteção e Defesa do Consumidor, eis que a possibilidade de rescisão unilateral de contratos de natureza empresarial e que se encontrem em vigor por prazo indeterminado, é inerente a tais ajustes e a parte contratante poderá firmar ajuste com outros planos de saúde ou empresas.

Portanto, *a priori*, não existiria óbice à rescisão unilateral pela operadora ré.

Todavia, embora o reduzido número de beneficiários não

baste para descaracterizar o ajuste como empresarial e transformá-lo, **para todos os efeitos**, em plano familiar, **no caso em análise**, dado que o contrato abrange como beneficiários apenas 4 pessoas da mesma família, não é o caso de se admitir a rescisão unilateral imotivada, medida que colocaria em risco a proteção à saúde dos beneficiários, finalidade essencial do ajuste.

Conforme jurisprudência consolidada do Superior Tribunal de Justiça (STJ), os contratos de plano de saúde coletivos com reduzido número de beneficiários, ainda que formalmente empresariais, devem ser tratados como atípicos, sujeitando-se, ao menos no tocante à rescisão unilateral imotivada, às regras dos planos individuais e familiares, com a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (CDC) e da Lei nº 9.656/98.

Esse entendimento foi firmado no julgamento do REsp 1748837, com relatoria da Ministra Maria Isabel Gallotti, em 1º fevereiro de 2021, e é aplicável ao caso em tela, uma vez que o contrato em questão beneficia apenas quatro integrantes de um mesmo grupo familiar. Vejamos:

*Isto porque, **embora o contrato a que aderiram os autores se trate de plano de saúde coletivo por adesão, deve prelavecer o entendimento de que a proteção inserta no artigo 13º, parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98, que veda a rescisão unilateral imotivada do contrato, conferida aos contratos individuais, é extensível aos contratos coletivos por adesão.** Nesse sentido, respeitado o entendimento em sentido contrário, é incontroverso que a contratação por meio de planos coletivos é feita como forma substitutiva da contratação individual, inclusive, sendo comum a formalização da associação do interessado a "entidades classistas" por ocasião da contratação de plano de saúde, apenas como forma de evitar a contratação individual. Com efeito, admitir a denúncia vazia nos contratos coletivos ignorando que as próprias operadoras hoje já não realizam contratos individuais para fugir da limitação imposta seria fazer letra morta da regulação desta atividade, realizada em boa hora, por tratar de tema tão caro a todos os cidadãos direito à saúde. **Desse modo, a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, seja individual ou coletivo, somente é permitida nos casos de fraude ou inadimplemento do consumidor, hipóteses estas que não se verificam no caso em tela.***

Nesse sentido, destaca-se, ainda:

TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CATEGORIA. MENOS DE 30 (TRINTA) BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL. PLANO INDIVIDUAL E COLETIVO. CARACTERÍSTICAS HÍBRIDAS. APLICAÇÃO DO CDC. VULNERABILIDADE CONFIGURADA. MOTIVAÇÃO IDÔNEA. NECESSIDADE. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA PROVIDOS.

1. As avenças coletivas com número pequeno de usuários possuem natureza híbrida, pois ostentam valores similares aos planos individuais, já que há reduzida diluição do risco, além de possuírem a exigência do cumprimento de carências e, em contrapartida, estão sujeitos à rescisão unilateral pela operadora e possuem reajustes livremente pactuados, o que lhes possibilita a comercialização no mercado por preços mais baixos e atraentes. 2. Inquestionável a vulnerabilidade dos planos coletivos com quantidade inferior a 30 (trinta) beneficiários, cujos estipulantes possuem pouco poder de negociação diante da operadora, sendo maior o ônus de mudança para outra empresa caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias. 3. Não se pode transmutar o contrato coletivo empresarial com poucos beneficiários para plano familiar a fim de se aplicar a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/1998, porém, a rescisão deve ser devidamente motivada, incidindo a legislação consumerista. 4. Embargos de divergência providos. (EREsp 1692594 / SP, Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, 19.2.2020)

Portanto, no caso em apreço, em que o contrato, embora coletivo, previa cobertura para apenas quatro beneficiários, do mesmo núcleo familiar, é o caso de se aplicar o entendimento supramencionado, sujeitando-se a resolução às regras dos planos individuais fixadas na Lei 9.656/1998.

Estabelecida esta premissa, tem-se que o art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98, veda expressamente a rescisão unilateral de contratos individuais de planos de saúde, salvo por fraude ou inadimplência superior a 60 dias, desde que o consumidor seja devidamente notificado.

Ocorre que a parte autora comprovou, por meio dos documentos às fls. 33/35, que estava adimplente no momento da rescisão, o que afasta a hipótese de inadimplência e não houve alegação de fraude a justificar a resolução por parte da ré.

Portanto, a rescisão foi imotivada, sem justa causa, e se deu em desacordo com o disposto no referido dispositivo legal.

Não bastasse esta circunstância, já por si só suficiente para afastar a resolução contratual, verifica-se dos autos que a notificação prévia de cancelamento (fls. 109/110) não foi entregue, pois o endereço da autora estava desatualizado, de forma que tampouco houve a adequada e prévia notificação. Ainda que competisse à parte autora a responsabilidade pela atualização de endereço, o fato é que a notificação não foi efetivamente recebida, restando descumprido o requisito de comunicação prévia de 60 dias, conforme exigido pelo art. 17, parágrafo único, da Resolução ANS nº 195/2009.

Por fim, não bastasse a impossibilidade de se aplicar a rescisão imotivada ao contrato em apreço, a ré não demonstrou ter disponibilizado para os beneficiários a contratação de plano individual ou familiar, nos termos da Resolução CONSU nº 19/1999, art. 1º:

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.

Veja-se que não consta da notificação encaminhada pela apelante a possibilidade de migração para plano individual ou familiar e, também por este fundamento, a rescisão unilateral imotivada se mostrou irregular.

Ora, ao optar por fornecer planos coletivos empresariais, a ré assume a responsabilidade de, em caso de encerramento do ajuste, fornecer planos individuais aos beneficiários, tal como determina a Resolução Consu 19/99.

Veja-se que não se obriga a ré, a comercializar planos individuais no mercado de consumo, o que, evidentemente, é questão afeta à sua liberdade empresarial. Contudo, ao decidir atuar no mercado, ela deve cumprir as regras dessa atuação e, quando for o caso, deve fornecer planos individuais aos beneficiários e sem esta oferta o cancelamento, tal como efetuado, foi irregular.

A referida rescisão em tais circunstâncias colocaria os segurados em situação de vulnerabilidade, em decorrência do seu menor poder de negociação junto às empresas de plano de saúde, especialmente ao se considerar que dois dos beneficiários necessitam de tratamento de custos significativos, para transtorno de espectro autista e carcinoma, conforme comprovado com a inicial, e se encontram em tratamento contínuo.

O contrato de plano de saúde tem como objetivo garantir a assistência médica e hospitalar aos beneficiários, sendo essencial para a preservação da saúde e da vida, direitos fundamentais previstos na Constituição Federal (arts. 1º, III, e 6º). A rescisão imotivada do contrato, especialmente considerando-se que dois dos beneficiários necessitam de tratamento médico contínuo, coloca em risco a integridade física e a saúde deles, violando a função social do contrato, nos termos do art. 421 do Código Civil.

Diante do exposto, conclui-se que a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde pela ré foi abusiva e ilegal e por conta disso é o caso de se dar provimento ao recurso da parte autora para determinar a manutenção do contrato para todos os beneficiários e afastar, para o ajuste em apreço, a possibilidade de rescisão unilateral imotivada, devendo-se observar, para eventual resolução contratual, como requerido na inicial, o disposto no artigo 13, II, da Lei 9656/98.

Visando evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional, observado posicionamento do C. STJ segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam: Já é pacífico nesta e. Corte que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão tenha sido decidida (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** à apelação da ré e **DÁ-SE PROVIMENTO** à apelação da autora.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Por conseguinte, reformula-se o ônus sucumbencial estabelecido na r. sentença, imputando à ré a responsabilidade integral pelo pagamento das custas e despesas processuais, bem como majorando os honorários advocatícios sucumbenciais para 13% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil.

Int.

PAULO GUILHERME AMARAL TOLEDO

Relator