



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000299380

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1042985-24.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes/apelados QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada PRISCILA KISS DOS SANTOS AMARAL (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 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 aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

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

São Paulo, 27 de março de 2025.

PEDRO FERRONATO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 2548

APEL. Nº: 1042985-24.2024.8.26.0002

FORO: Foro Regional de Santo Amaro

APTE./APDO.: Amil Assistência Médica Internacional S/A

APTE./APDO.: Qualicorp Administradora de Benefícios S/A

APTE./APDO.: Priscila Kiss dos Santos Amaral (Justiça Gratuita)

PLANO DE SAÚDE – RESCISÃO UNILATERAL –
Obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais –
Plano coletivo por adesão – Legitimidade passiva da
administradora de benefícios – Mesma cadeia de consumo –
Aplicação das normas consumeristas – Patente
vulnerabilidade – Beneficiário em tratamento médico –
Risco de vida ou à incolumidade física – Tema Repetitivo n.
1082 – Necessidade de oferta de novo plano de saúde –
Resolução 19 do CONSU – Danos morais – Inocorrência –
Ausência de prejuízo indenizável – Recursos não providos

Trata-se de recursos de apelação interpostos contra a r.
sentença de fls. 248/251, declarada às fls. 311/312, que julgou procedentes em parte
os pedidos para determinar que as rés se abstenham de cancelar o contrato de
assistência médico-hospitalar celebrado com a autora, mantendo as mesmas
condições de cobertura assistencial vigentes, desde que a beneficiária assumo o
pagamento integral das mensalidades.

Em seu apelo (fls. 261/275), a corré Qualicorp Administradora
de Benefícios S/A sustenta sua ilegitimidade “ad causam” para constar do polo
passivo da relação processual, uma vez que a responsabilidade pelo cancelamento do

plano de saúde é exclusiva da respectiva operadora. No mérito, afirma que a comunicação do cancelamento foi feita regularmente pela operadora do plano, cumprido o necessário aviso prévio, e que não se aplica à hipótese - plano coletivo - o disposto no artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei 9656/1998, ressaltando ter prestado informações aos beneficiários acerca do direito ao exercício de portabilidade de carências, ausente qualquer responsabilidade de sua parte.

De seu turno, a corré Amil Assistência Médica Internacional S/A assevera a licitude do cancelamento do contrato celebrado com a autora, que respeitou disposições regulatórias e cláusulas contratuais, agindo no exercício regular de seu direito. Aduz que o Tema 1.082 é aplicável apenas a situações de beneficiário internado ou realizando tratamento para preservação da vida e incolumidade física, o que não é o caso dos autos. Alega ter sido cumprido o prazo de aviso prévio, alertando a administradora sobre a necessidade de oferta de migração para outros planos de saúde. Aponta não ser possível a reativação do plano de beneficiário único, sem vínculo com administradora ou registro na ANS.

Por fim, reclama a autora da não condenação das requeridas ao pagamento de indenização pelos danos morais causados, diante do sofrimento e da angústia decorrentes da interrupção de seu tratamento e em prestígio da teoria do desestímulo.

Os recursos são tempestivos, preparados os dois primeiros e isento de custas o terceiro, com contrarrazões às fls. 326/335, 339/344 e 349/357.

É o relatório.

Afirma-se, de início, a **legitimidade passiva “ad causam”** da corré-apelante Qualicorp Administradora de Benefícios S/A, uma vez que administradora e operadora de saúde se apresentaram unidas no curso da negociação e no desenvolvimento da operação para o mercado de consumo, devendo, portanto, responder solidariamente pela irregularidade no cancelamento do contrato de plano de saúde, nos termos dos artigos 14 e 18 do Código de Defesa do Consumidor.

Como já se decidiu no Egrégio Superior Tribunal de Justiça:

“A melhor exegese dos arts. 14 e 18 do CDC indica que todos aqueles que participam da introdução do produto ou serviço no mercado devem responder solidariamente por eventual defeito ou vício, isto é, imputa-se a toda a cadeia de fornecimento a responsabilidade pela garantia de qualidade e adequação” (Resp 1077911/SP, Terceira Turma, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI, j. 04.10.11).

No mais, consta dos autos que a autora-apelante é beneficiária de plano de saúde coletivo por adesão fornecido pela operadora de saúde corré Amil Assistência Médica Internacional S/A, por intermédio da administradora corré Qualicorp Administradora de Benefícios S/A, tendo sido surpreendida pela notícia de rescisão unilateral do contrato por parte da operadora, com o que não concorda, posto encontrar-se atualmente em tratamento de doença neoplásica.

De início, em relação à incidência do Código de Defesa do Consumidor ao caso ora debatido, relembra-se aqui o entendimento do E. Superior Tribunal de Justiça, consolidado na Súmula nº 608:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Ressalta-se que, embora o plano seja coletivo por adesão, contratado por intermédio de administradora representante de entidade de classe, mostra-se inequívoca a relação de consumo aqui tratada, uma vez que a beneficiária é a destinatária final dos serviços prestados pela operadora de saúde.

Nessa relação triangular entre beneficiário, estipulante e seguradora ou plano de saúde, o primeiro não é apenas titular dos direitos contratuais assegurados em caso de sinistro, mas também assume a totalidade das obrigações.

Sob essa ótica, devem-se interpretar as cláusulas contratuais de maneira mais favorável ao consumidor, caracterizando-se como abusivas aquelas que o coloquem em desvantagem exagerada ou que sejam incompatíveis com a boa fé e a equidade, em observância aos artigos 47 e 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.

No caso em questão, conforme relatório médico de fls. 29/30, a beneficiária é portadora de Leucemia Mielóide Crônica desde fevereiro de 2020, encontrando-se em *“tratamento de segunda linha com a medicação Nilotinibe, na dose de 800 mg/dia”*. E continua o profissional médico: ***“Precisa seguir com tratamento contínuo. Trata-se de doença oncológica grave e incurável. A suspensão do tratamento incorre em risco a vida”***.

Referida situação aponta, inclusive, para a abusividade da rescisão unilateral de forma imotivada, embora prevista em contrato, uma vez que se deve garantir a continuidade desse tratamento até sua efetiva alta, incidente à espécie o decidido no **Tema Repetitivo 1.082** do Superior Tribunal de Justiça, *in verbis*:

“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”.

Ao contrário do afirmado em recurso, a hipótese aponta, de maneira clara, para a imprescindibilidade da continuidade do tratamento, como forma de garantia da sobrevivência ou da incolumidade física da paciente, como explicitado no relatório médico já mencionado, que afirma expressamente que sua interrupção acarretaria risco de vida.

Em análise de situações similares, assim já decidiu este

Tribunal de Justiça:

*“Ação de obrigação de fazer c/c danos morais. Plano de saúde coletivo por adesão. Resilição do contrato coletivo empresarial pela Operadora. Possibilidade, a princípio, uma vez que o artigo 13 da Lei 9.656/98 não se aplica aos contratos coletivos. Precedentes. Ausência, contudo, de comunicado da Ré, de modo a oferecer plano individual/familiar à Autora (artigo 1º, Resolução nº 19, do CONSU e RN nº 154/2011). Não ofertada a possibilidade de migração para plano individual, em mesma categoria e mesma cobertura contratual, que o plano coletivo. Precedentes jurisprudenciais do C. STJ e deste E. Tribunal de Justiça. **Restabelecimento do plano de saúde da Autora que é medida de rigor, considerado, ademais, que ela se submete a tratamento oncológico (câncer de mama - Tema 1082 do STJ).** Insurgência da Ré afastada, assim como a preliminar de não conhecimento do recurso. Dano moral, contudo, não caracterizado. Sentença de procedência reformada nessa parte. Sucumbência mantida como estabelecida. Preliminar afastada e recurso parcialmente provido.”* (Apelação n. 1079652-06.2024.8.26.0100, rel. João Pazine Neto, 3ª Câmara de Direito Privado, j. 26/11/2024).

*“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. Sentença de procedência, para condenar a ré na obrigação de fazer consistente na manutenção do plano de saúde contratado pela autora, mediante o pagamento integral da contraprestação devida, até a efetiva alta pelo corpo médico que a acompanha. Inconformismo das corrés. Não acolhimento. Preliminar de ilegitimidade passiva afastada. Responsabilidade solidária de todos os fornecedores que intervêm na relação de consumo. Mérito. **Autora em meio a tratamento oncológico. Incidência do Tema 1082 do Colendo STJ.** Ausência, ainda, de comprovação acerca da disponibilização de migração e portabilidade de carências. Artigo 1º da Resolução 19 da Consu. Sentença mantida. RECURSOS DESPROVIDOS.”* (Apelação n. 1076767-19.2024.8.26.0100, rel. Clara Maria Araújo Xavier, 8ª Câmara de Direito Privado, j. 19/03/2025).

Ademais, o Conselho de Saúde Suplementar, por meio de sua Resolução n. 19, determina a necessidade de oferta de novo plano de saúde ao beneficiário que teve seu contrato coletivo cancelado. Confira-se:

***“Art. 1.º 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.*”**

§ 1.º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2.º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o caput todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.”

Conquanto tenha aduzido a administradora corré Qualicorp Administradora de Benefícios S/A ter permitido à beneficiária autora o exercício da portabilidade de carências, não há nos autos qualquer prova nesse sentido, não socorrendo a operadora de saúde corré Amil Assistência Médica Internacional S/A, por outro lado, a alegação de que não seria possível a manutenção de plano de saúde com beneficiário único, posto que, independentemente disso, a obrigação de ambas, operadora e administradora, era firme de apresentar proposta de substituição, sem carência e com custo a ser avençado entre as partes.

Dessa forma segue a jurisprudência deste Tribunal de Justiça, estampada pela ementa a seguir, além das já citadas anteriormente:

“AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. Resilição unilateral imotivada pelo plano de saúde. Decisão de tutela provisória de urgência que deferiu a manutenção do plano de saúde coletivo. Inconformismo da operadora de saúde. Rescisão que, em face dos beneficiários do plano, deve observar o art. 1º da Resolução nº 19 do CONSU, que prevê direito de substituição por plano individual ou familiar, sem carência, com custo a ser avençado entre as partes. Ausência de demonstração de tal oferta, em cognição sumária. Questão que demanda maior dilação probatória. Irreversibilidade da medida não verificada. Requisitos do artigo 300 do Código de Processo Civil presentes. Decisão agravada mantida. RECURSO NÃO PROVIDO.” (AI 2132395-58.2019.8.26.0000, rel. Ana Maria Baldy, 6ª Câmara de Direito Privado TJSP, j. em 17/10/2019).

No que tange ao pedido de reparação por **danos morais**, não assiste razão à autora-apelante.

Com efeito, a pretendida rescisão unilateral vinha, em princípio, prevista no contrato firmado entre as partes, denotando-se que a decisão da operadora de saúde encontrava-se amparada, no seu entendimento, no pacto firmado, sendo, posteriormente, reconhecida a abusividade da cláusula e, conseqüentemente, a possibilidade de manutenção do plano nos moldes vigentes apenas por decisão judicial.

Posta esta premissa, a discussão de cláusula ou descumprimento contratual, por si só, não enseja a reparação pretendida, não sendo, ademais, apresentada qualquer situação concreta de prejuízo incomum, mas apenas aquele natural a eventos desse jaez, lembrando-se não se cuidar, aqui, de dano moral “*in re ipsa*”.

O E. Superior Tribunal de Justiça, ao se debruçar sobre o tema, assim decidiu:

“AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AOS ARTS. 489, § 1º, IV e 1.022 DO CPC/2015. CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR. NEGATIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE. LIMITAÇÃO DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA. CLÁUSULA ABUSIVA. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. INEXISTÊNCIA. RECUSA LEGÍTIMA. CLÁUSULA CONTRATUAL CONTROVERTIDA. AGRAVO INTERNO PARCIALMENTE PROVIDO.

1. A Corte de origem dirimiu a matéria submetida à sua apreciação, manifestando-se expressamente acerca dos temas necessários à integral solução da lide. Dessa forma, não havendo omissão, contradição ou obscuridade no aresto recorrido, não se verifica a ofensa aos artigos 489, § 1º, IV, e 1.022 do CPC/2015. 2. Consoante a jurisprudência do STJ, é abusiva a exclusão do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico relativos a doença coberta pelo contrato de plano de saúde, hipótese na qual o ressarcimento dos gastos realizados pelo beneficiário deve ser integral. Precedentes. 3. O mero descumprimento de cláusula

contratual controvertida não gera danos morais. Precedentes. 4. Agravo interno a que se dá parcial provimento. (AgInt nos EDCL no REsp 1760229/PR, 4ª Turma, Rel. Min. RAUL ARAÚJO, j. 30.05.2019, g.n.).

Não se vislumbra, na hipótese vertente, dissabor excepcional a ensejar lesão à honra ou à dignidade da autora-apelante, configurando-se, em verdade, aborrecimento típico das controvérsias cotidianas, que não ultrapassou a esfera do inadimplemento contratual.

Como leciona Flavio Tartuce em seu “Manual de Direito Civil”, Ed. Método, pág. 429:

“Tanto doutrina como jurisprudência sinalizam para o fato de que os danos morais suportados por alguém não se confundem com os meros transtornos ou aborrecimentos que a pessoa sofre no dia a dia. Isso sob pena de colocar em descrédito a própria concepção da responsabilidade civil e do dano moral”.

Também neste sentido é a jurisprudência deste Tribunal de Justiça:

“Ação de obrigação de fazer cumulada com indenizatória –

*Plano de Saúde – Sentença de procedência – Insurgência da ré – Cerceamento de defesa afastado – Negativa da requerida, sob alegação de que referido tratamento não está previsto na diretriz de utilização da ANS – Necessidade de cobertura do tratamento indicado pelo médico assistente para combater a doença que acomete o autor – Teor do recurso contrário às Súmulas 96 e 102 desta C. Corte de Justiça – Dever de observar a boa-fé objetiva – Justa expectativa do aderente no que tange à cobertura de exames e procedimentos para tratamento de doenças com cobertura - Impossibilidade de discussão pelo plano de saúde acerca da pertinência da prescrição feita pelo médico assistente - Prevalência do princípio ao acesso à saúde – **Danos morais – Não configuração – Ausência de descrição de fato que pudesse indicar danos morais indenizáveis – Dissabor decorrente da negativa de cobertura – Sentença parcialmente reformada – Recurso provido em parte. Dá-se provimento em parte ao recurso.**” (Apelação n. 1002457-25.2022, 4ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Marcia Dalla Déa Barone, j. em 05/03/24).*

Ausente, assim, constrangimento ilegal ou prejuízo incomum a ensejar sofrimento exagerado, que desborde da condução normal desse tipo de ocorrência, é de ser afastado o pedido de condenação à indenização de danos morais.

Diante desse cenário, cabe ser ratificado integralmente o decidido em primeiro grau.

Ante o exposto, pelo meu voto, **nega-se provimento** aos recursos, **majorando-se** os honorários sucumbenciais para 13% sobre o valor atualizado da causa.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Visando a evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional invocada, observado posicionamento do Superior Tribunal de Justiça segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam. (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

PEDRO FERRONATO

Relator