



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000303027

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001988-42.2024.8.26.0020, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado PLANET TOPOGRAFIA E GEORREFERENCIAMENTO LTDA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª 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 SALLES ROSSI (Presidente sem voto), CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER E BENEDITO ANTONIO OKUNO.

São Paulo, 28 de março de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40756

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1001988-42.2024.8.26.0020

COMARCA: FORO REGIONAL NOSSA SENHORA DO Ó

**APELANTE: CENTRAL NACIONAL UNIMED — COOPERATIVA
CENTRAL**

**APELADO: PLANET TOPOGRAFIA E GEORREFERENCIAMENTO
LTDA.**

JUIZ: DRA. ANA LÚCIA SCHMIDT RIZZON

R.G.

Apelação. Ação de obrigação de fazer. Rescisão unilateral do plano de saúde. Diante da ausência de oferta de plano individual, bem como diante do fato de que o beneficiário está em tratamento médico, incabível o cancelamento imotivado do plano de saúde. Apelo desprovido.

Trata-se de ação de obrigação de fazer na qual narra o autor que contratou os serviços da requerida para utilizar a rede de atendimento e, apesar de estar com as mensalidades em dia, recebeu comunicado da requerida informando o encerramento do contrato no prazo de 60 dias. Informa que são beneficiários do plano o autor, sua esposa e uma filha. Ressalta que sua esposa está passando por tratamento oncológico, necessitando da manutenção do plano de saúde nesse momento. Acrescentou ainda que houve indicação médica para congelamento dos óvulos de sua esposa para futura gestação, já que o tratamento oncológico reduz a produção de óvulos, cuja cobertura foi negada pela ré.

A sentença de págs. 360/368 julgou

parcialmente procedente a ação para o fim de, ratificando a tutela antecipada concedida às fls. 41/43, determinar que a ré se abstenha de cancelar o contrato de seguro coletivo empresarial de assistência à saúde firmado com a autora, assegurando a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos aos usuários em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física até a efetiva alta, mediante pagamento de contraprestação.

Embargos de declaração opostos às págs. 371/372 e rejeitados às págs. 385/386.

Apelação interposta às págs. 373/382 pela ré ressaltando a possibilidade de cancelamento unilateral do contrato e afasta qualquer conduta ilícita.

Contrarrazões apresentadas às págs. 393/395.

É o relatório.

É aplicável ao caso o Código de Defesa do Consumidor, nos moldes da Súmula nº 100, deste E. Tribunal, in verbis: "O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais".

Cabível a aplicação analógica do art. 13, inciso III, da Lei nº 9.656/98, com "amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana". Confira-se:

Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

(...)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular.

A Resolução nº 19 do CONSU, garante aos beneficiários, no caso de encerramento e extinção da apólice coletiva, o direito a um plano de saúde individual ou familiar, respeitadas as carências já vencidas.

O artigo 1º da citada Resolução estabelece que: 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.

Consoante o disposto neste artigo, depreende-se que não é necessário que a operadora de plano de saúde comercialize contratos individuais de plano de saúde, e sim que os tenha comercializado em algum momento e que estes estejam ativos.

Esta regra deve ser aplicada ao caso concreto.

Ademais, não é razoável que o paciente sofra limitações enquanto ainda em tratamento, para proteção do direito à vida, previsto no artigo 5º da Constituição Federal.

No caso dos autos, não há indicação de que a

seguradora ofereceu plano individual à beneficiária, após o encerramento do plano coletivo.

Ademais, a Resolução nº 19 do CONSU, garante aos beneficiários, no caso de encerramento e extinção da apólice coletiva, o direito a um plano de saúde individual ou familiar.

Isto é o que dispõe o art. 1º cuja redação é:

“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.

Aqui não se faz alusão à comercialização de plano, mas sim há a determinação de que sejam disponibilizados planos individuais para o caso de cancelamento, valendo ressaltar que não há distinção em relação à iniciativa pelo cancelamento.

Com efeito a possibilidade de rescisão de contrato coletivo disciplina-se pela Resolução CONSU nº 19, publicada pelo Conselho de Saúde Suplementar em 25.03.1999, a qual dispõe:

Artigo 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. [...] Artigo 3º. Aplicam-

se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar

Veja que a norma não distingue os casos em que a operadora ou a contratante quem deu causa à rescisão, determinando que cabe à operadora disponibilizar apólice individual ou familiar, sem período de carência, aos beneficiários do contrato coletivo rescindido.

De igual maneira, assim decidiu o c. Superior Tribunal de Justiça, no exame dos REsps n.º 1842751/SP e 1846123/SP (tema 1082/STJ):

RECURSO ESPECIAL
REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO
DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO
UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A
TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "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 (mensalidade) devida."

2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos

seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos.

3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.

4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que

se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

5. Caso concreto: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor - à época, recém-nascido - é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor - dependente e titular - ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela

magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença - mantida pelo Tribunal de origem - condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se optar por aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido. (REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022.)

Diante da ausência de oferta de plano individual, bem como diante do fato de que o beneficiário está em tratamento médico, incabível o cancelamento imotivado do plano de saúde.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Do exposto, dou provimento ao recurso.

Com fulcro no art. 85, §11, do CPC, majoro a verba honorária para 15% sobre o valor da causa.

SILVÉRIO DA SILVA
Relator