



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000304387

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1065637-66.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são apelados FELIPE PIERRE DE LIMA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e VANESSA PIERRE DE LIMA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 28 de março de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Foro Central - Capital

Apelação n. 1065637-66.2023.8.26.0100

Apelantes: CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS S.A.

Apelados: F. P. L. (menor representado) e outro

Voto n. 12192

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSOS DESPROVIDOS. I. Caso em Exame. Ação de obrigação de fazer com tutela antecipada de urgência. Autor, beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão, que teve o plano cancelado unilateralmente. O menor, diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA), necessita do plano para tratamentos contínuos. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em (i) a legitimidade passiva das rés e (ii) a legalidade do cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo. III. Razões de Decidir 3. A relação de consumo entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, aplicando-se as disposições da Lei nº 9.656/98. A administradora e a operadora do plano são solidariamente responsáveis. 4. A rescisão unilateral do plano é ilegal, pois o menor necessita de acompanhamento médico contínuo. A jurisprudência permite a migração para planos individuais sem carência. IV. Dispositivo e Tese 5. Recursos desprovidos. Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de plano de saúde coletivo é ilegal quando há necessidade de tratamento contínuo. 2. A administradora e a operadora são solidariamente responsáveis. Legislação Citada: CF/1988, art. 196; CDC, art. 7º, parágrafo único, e art. 25, §1º; Lei nº 9.656/98; Lei nº 12.764/2012; CC, art. 421; CPC, art. 85, § 11. Jurisprudência Citada: TJSP, Apelação Cível 1122102-95.2023.8.26.0100, Rel. Benedito Antonio Okuno, 8ª Câmara de Direito Privado, j. 25.04.2024. STJ, REsp 1471569/RJ, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 3ª Turma, j. 01.03.2016.

Vistos.

Trata-se de recursos de apelação interpostos para impugnar a sentença de fls. 566/572, cujo relatório adoto, que julgou procedente o pedido inicial, a fim de *“tornar definitiva a tutela provisória de urgência deferida às fls. 88-89, com a determinação para que a parte ré garanta a manutenção do plano de saúde na mesma categoria, nas mesmas condições anteriormente contratadas e sem o cumprimento de novo período de carência, sob pena de multa diária no valor de R\$1.000,00, limitada, entretanto, a cinquenta dias-multa”* (sic); e condenar ambas as rés, de forma solidária, a pagar ao autor a quantia de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a título de indenização por danos morais, com juros de 1% ao mês desde a citação e correção monetária pela Tabela Prática do TJSP desde o arbitramento (Súmula 362 do STJ), ambos calculados até

29/08/2024. A partir de 30/08/2024, salvo disposição contratual ou legal em contrário, para o cálculo da correção monetária, será aplicado o IPCA, enquanto os juros de mora deverão observar a taxa legal, correspondente à diferença entre a SELIC e o IPCA, calculada mensalmente pelo Banco Central (arts. 389, parágrafo único, e 406, § 1º, do CC, com as alterações promovidas pela Lei nº 14.905/24).”.

Recorre a ré *QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.*, administradora do plano, alegando, em síntese, a legalidade do cancelamento, haja vista que no plano de saúde coletivo por adesão, que aqui se aplica, as regras de cancelamento ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre as partes contratantes, nos termos do artigo 23 da *Resolução Normativa ANS nº 557/22*. Ainda, pleiteia pela não aplicação do tema 1082 do STJ, e por fim, pelo não reconhecimento de danos morais indenizáveis (fls. 578/586).

Recorre a ré *CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL*, alegando, em suma, preliminarmente, ilegitimidade passiva, ausência de ato ilícito, haja vista que o caso em tela discute contrato coletivo, no qual as regras são definidas em contrato. Ainda, que a apelante não comercializa planos individuais, devidamente autorizado pela ANS. Por fim, que inexistem provas acerca do alegado tratamento médico, e ausência de danos morais (fls. 593/606).

Recursos tempestivos, preparados e sem apresentação de contrarrazões pela apelada (fl. 612).

Parecer do Ministério Público, pelo não provimento dos recursos (fls. 631/638).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

Os recursos não merecem ser providos.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer c.c tutela antecipada de urgência, por meio da qual a parte autora alega ser beneficiária de plano de saúde, contratado junto às rés, na modalidade coletivo por adesão. Destaca ter sido surpreendida com o comunicado de cancelamento do plano de forma unilateral. Todavia, o menor foi diagnosticado com *Transtorno do Espectro Autista (TEA) CID10 F84.0*, estando sob acompanhamento médico mensal e necessitando, por isso, do plano vigente para manter todos os tratamentos e terapias prescritos.

Em contrapartida, as rés apresentaram contestações.

Após deslinde processual, sobreveio sentença de procedência, nos termos acima expostos.

Irresignadas, as rés, interpuseram recursos de apelação.

De início, afasto a preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam* aventada pela corré *CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL*, isso porque é patente a relação de consumo estabelecida entre as partes, consoante o disposto na Súmula 469, do STJ, e na Súmula 100, do TJSP. Nesse sentido, são aplicáveis tanto as regras da Lei nº 9.656/98 quanto as disposições do Código de Defesa do Consumidor.

Pela documentação ora acostada, nota-se que a Apelante *Qualicorp* é quem regula os pagamentos realizados para a operadora-corré e, assim, como estipulante da contratação, assume o risco pela inadimplência da pessoa jurídica a que o beneficiário está vinculado (RN nº 557, art. 29, inc. III) e, ainda, possui atribuições que vão desde a negociação de reajustes junto à operadora de plano de saúde (RN nº 515, art. 2º, inc. IV, alínea a), até a efetivação da cobrança da mensalidade diretamente ao consumidor (RN 515, art. 2º, inc. V).

Dessa forma, a administradora e a operadora do plano de saúde fazem parte da mesma cadeia de fornecimento para o consumidor, *in casu*, o apelado, sendo responsáveis, solidariamente, conforme estabelece o artigo 7º, parágrafo único, e o artigo 25, §1º, ambos do CDC.

O entendimento acima exposto encontra ressonância na jurisprudência desse E. Tribunal de Justiça de São Paulo, vejamos:

“PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – Sentença de procedência parcial – Inconformismo das requeridas – Legitimidade passiva de ambas as requeridas – Rés que integram a cadeia de consumo envolvida, atuando como administradora do plano e fornecedora do serviço – Cancelamento unilateral do plano ao argumento de que inadimplente a autora no mês de maio de 2023 – Abusividade – Comprovação do pagamento na folha 47, sem qualquer impugnação específica por parte das requeridas – Ausência de comprovação do aludido inadimplemento – Determinação de restabelecimento do plano de saúde mantida – RECURSOS DE AMBAS AS RÉS NÃO PROVIDOS.” (TJSP; Apelação Cível 1122102-95.2023.8.26.0100; Relator (a): Benedito Antonio Okuno; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/04/2024; Data de Registro: 25/04/2024).

Portanto, patente a legitimidade passiva da corré.

No mérito, a sentença não comporta reparo.

Primeiramente, insta-me esclarecer que a relação estabelecida entre as partes é de consumo e, portanto, regida pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC) - Lei nº 9.656/1998 - que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Ainda, a Súmula 469 do C. STJ dispõe que: *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”*. Desse modo, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas em favor do consumidor, especialmente quando envolvem a garantia do direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal.

Destaca-se, ainda, a inafastabilidade da proteção constitucional conferida à criança e ao adolescente, garantindo-lhes a proteção

integral. A essa proteção soma-se àquela destinada às pessoas com deficiência, conforme estabelecido na *Convenção de Nova Iorque*, incorporada ao ordenamento jurídico nacional com status de emenda constitucional.

Segundo consta dos autos, o menor *F. P. L.* foi diagnosticado com *Transtorno do Espectro Autista (TEA) CID10 F84.0*, fato este incontestado. Desse modo, a rescisão unilateral não poderia ter ocorrido, uma vez que o apelado está em acompanhamento médico, e sua descontinuidade poderá acarretar prejuízos ao seu desenvolvimento.

Nesse sentido, a Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, garante o direito ao acesso a tratamento especializado, devendo ser observada a integração terapêutica do paciente, o que reforça a necessidade de manter o atendimento, se possível, com os profissionais que já acompanham o paciente.

No que concerne à migração do plano de saúde, insta-me consignar que prevalece a disposição do artigo 17, § único, da Lei n. 9656/98.

Bem por isso, foi editada a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU n. 19, de 25.03.1999 (publicada no DO nº 57 - quinta feira, 25/03/99), nos seguintes termos:

“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. (grifei).”

Portanto, a solução preconizada pela agência governamental não era a de que os beneficiários ficassem desprovidos de cobertura, mas que fossem absorvidos como titulares de planos individuais ou familiares.

Nesse diapasão, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça atesta a legalidade da rescisão do contrato coletivo, mas não afasta a possibilidade de aplicação da Resolução do CONSU:

“RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. DENÚNCIA DO CONTRATO PELA OPERADORA. RESCISÃO UNILATERAL. LEGALIDADE. MIGRAÇÃO DE USUÁRIO PARA PLANO INDIVIDUAL. MANUTENÇÃO DAS CONDIÇÕES ASSISTENCIAIS. PREÇO DAS MENSALIDADES. ADAPTAÇÃO AOS VALORES DE MERCADO. REGIME E TIPO CONTRATUAIS DIVERSOS. RELEVÂNCIA DA ATUÁRIA E DA MASSA DE BENEFICIÁRIOS. 1. Cinge-se a controvérsia a saber se a migração do beneficiário do plano coletivo empresarial extinto para o plano individual ou familiar enseja não somente a portabilidade de carências e a compatibilidade de cobertura assistencial, mas também a preservação dos valores das mensalidades então praticados. 2. Os planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de

contratação: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998 e 3º, 5º e 9º da RN nº 195/2009 da ANS), havendo diferenças, entre eles, na atuária e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar. 3. No plano coletivo empresarial, a empresa ou o órgão público tem condições de apurar, na fase pré-contratual, qual é a massa de usuários que será coberta, pois dispõe de dados dos empregados ou servidores, como a idade e a condição médica do grupo. Diante disso, considerando-se a atuária mais precisa, pode ser oferecida uma mensalidade inferior àquela praticada aos planos individuais. 4. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos podem ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS). A vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares. 5. A migração ou a portabilidade de carências na hipótese de rescisão de contrato de plano de saúde coletivo empresarial foi regulamentada pela Resolução CONSU nº 19/1999, que dispõe sobre a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos que vierem a ser liquidados ou encerrados. A RN nº 186/2009 e a RN nº 254/2011 da ANS incidem apenas nos planos coletivos por adesão ou nos individuais. 6. Não há falar em manutenção do mesmo valor das mensalidades aos beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados. O que deve ser evitado é a abusividade, tomando-se como referência o valor de mercado da modalidade contratual. 7. Nos casos de denúncia unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, é recomendável ao empregador promover a pactuação de nova avença com outra operadora, evitando, assim, prejuízos aos seus empregados, pois não precisarão se socorrer da migração a planos individuais, de custos mais elevados. 8. Recurso especial provido” (REsp 1471569/RJ - RECURSO ESPECIAL 2014/0187581-7 - Relator(a) Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA - Órgão Julgador: TERCEIRA TURMA - Data do Julgamento: 01/03/2016 - Data da Publicação/Fonte DJe 07/03/2016 - RSTJ vol. 243 p. 463).

Portanto, em caso de rescisão unilateral do contrato coletivo, entende a jurisprudência pela migração para os planos individuais, isentando os beneficiários ao cumprimento de carências, dada a possível portabilidade.

Isso porque o caso envolve contrato de cunho existencial, o qual não pode afastar a aplicação do princípio da função social, inscrito no artigo 421 do CC.

Nessa toada, farta é a jurisprudência desta Corte Paulista:

“Apelação – Plano de saúde – Rescisão unilateral de contrato coletivo por motivo de inadimplemento da estipulante – Pretensão de restabelecimento do contrato que já era integralmente pago pelos apelantes por motivo de rescisão do contrato de trabalho entre o autor e a empresa estipulante – Aplicação da Resolução CONSU nº 19 e das normas do Código de Defesa do

Consumidor – Proposta de migração de plano coletivo para individual que deve observar as peculiaridades do caso – Precedentes da Câmara no sentido de manutenção dos autores, já idosos, em plano individual com as mesmas condições vigentes em relação ao plano coletivo – Procedência mantida – Recurso não provido”. (Apelação/Planos de Saúde 1004383-31.2016.8.26.0038 - Relator(a): Augusto Rezende - Comarca: Araras - Órgão julgador: 1ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 15/08/2017 - Data de publicação: 15/08/2017).

“PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Ilegitimidade passiva. Tese afastada. Como parte do contrato discutido no processo, de rigor a participação da Qualicorp no seu polo passivo. Relação de consumo, conforme Súmula 469, STJ. Cadeia de fornecimento do serviço. Responsabilidade solidária. No mérito. Plano de saúde coletivo. Rescisão unilateral ilegal. Contrária aos ditames preconizados pelo CDC. Inteligência do artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98 à luz da legislação consumerista. A rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis. Não se pode diferenciar o contrato individual do coletivo, na medida em que, em última análise, este também se destina ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente a situações iguais. Abusividade da conduta da apelante reconhecida. Dano moral. Indenização devida. No caso dos autos, apelada acometida de doença grave, realizando tratamento, foi surpreendida com o cancelamento unilateral de seu plano de saúde. Dissabor que ultrapassa os lindes do simples desgosto. Correta a fixação dos danos morais no valor de R\$ 9.500,00, com correção monetária a partir do arbitramento e juros de mora mensais da citação. Sentença mantida. RECURSOS DESPROVIDOS” (Apelação/Planos de Saúde 1029200-13.2015.8.26.0001 - Relator(a): Beretta da Silveira - Comarca: São Paulo - Órgão julgador: 3ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 15/08/2017).

“Seguro saúde. Contrato coletivo. Contrato sujeito às normas do CDC. Não renovação ou rescisão unilateral do contrato pela seguradora. Inadmissibilidade. Incidência, por analogia, do art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/98. Irregularidade na notificação enviada. Inexistência de ofensa ao princípio da liberdade contratual. Prevalência da cláusula geral da função social do contrato. Ação procedente. Ratificação dos fundamentos da sentença (art. 252 do RITJSP). Verba honorária elevada. Sentença mantida. Recurso desprovido” (Apelação/Planos de Saúde 1126971-19.2014.8.26.0100 - Relator(a): Alexandre Marcondes - Comarca: São Paulo - Órgão julgador: 3ª Câmara de Direito Privado - Data do julgamento: 14/08/2017).

Por fim, quanto aos danos morais, vislumbro sua ocorrência, uma vez que os fatos experimentados pelos autores não se resumiram a meros dissabores do cotidiano, logo, a sentença não merece reparo.

Ainda, em conformidade com o parecer ministerial: *“Conforme entendimento da jurisprudência, em regra, o inadimplemento contratual, por si só, não tem o condão de gerar dano imaterial indenizável. Entretanto, o caso merece ponderação devido a doença do autor e sua tenra*

idade, em pleno desenvolvido, cujo atraso promove danos irreparáveis a saúde e desenvolvimento intelectual do autor, sendo que a condenação não pode ser encarada como enriquecimento ilícito de quem é beneficiário, mas reparação pelo direito da personalidade violado, cujo importe foi arbitrado de forma razoável e proporcional devido ao caso concreto.”.

Face ao exposto, e considerando o entendimento acima, nada a modificar na sentença prolatada.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais no importe de 15% sobre o valor atualizado da condenação, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** aos recursos.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora