



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000306675

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1061992-02.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS S.A., é apelada YOLE MARIA BARBIN MENTZEL.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente) E MARCIA DALLA DÉA BARONE.

São Paulo, 28 de março de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n.: 1061992-02.2024.8.26.0002

Comarca: São Paulo (F. R. de Santo Amaro - 10ª Vara Cível)

Apelantes: Amil Assistência Médica Internacional S/A e outra

Apelada: Yole Maria Barbin Mentzel

Juíza: Cinara Palhares

Voto n. 36.819

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

A autora, beneficiária de plano de saúde coletivo por adesão, figurava como dependente do marido, titular do plano. Após o óbito do cônjuge, obteve judicialmente o direito de permanecer no plano como titular. A presente ação foi ajuizada após nova notificação de cancelamento do plano, requerendo a reativação e manutenção do plano nas mesmas condições de cobertura e preço.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar a legitimidade passiva das rés e a possibilidade de rescisão unilateral do plano de saúde coletivo por adesão.

III. Razões de Decidir

3. A operadora de saúde e a administradora de benefícios são solidariamente responsáveis, conforme o Código de Defesa do Consumidor, por integrarem a mesma cadeia de fornecimento.

4. O Superior Tribunal de Justiça estabelece que, mesmo após rescisão unilateral, deve-se assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais a usuário em tratamento médico relevante, independentemente do regime de contratação do plano.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recursos desprovidos.

Tese de julgamento: 1. A operadora e a administradora são solidariamente responsáveis pela manutenção do plano de saúde. 2. A rescisão unilateral não pode ocorrer em detrimento da saúde do beneficiário em tratamento médico relevante.

Legislação Citada:

Lei 9.656/98, art. 13, parágrafo único, II;

Código de Defesa do Consumidor, arts. 14, 18, 20;

CPC/2015, art. 85, §§ 8º, 8º-A e 11.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp 1.846.123-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, 2ª Seção, j. 22.06.2022;

STJ, REsp 1058221/PR, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª

Turma, j. 04.10.2011;
STJ, REsp 962.980/SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, 4ª
Turma, j. 13.03.2012.

Trata-se de ação de obrigação de fazer alegando a autora que é beneficiária de plano de saúde coletivo por adesão operado e administrado pelas requeridas, e figurava como dependente do seu marido, titular do plano, ocorrendo que, com o óbito dele foi notificada da rescisão e ajuizou ação sob nº 1083942-38.2022.8.26.0002 obtendo o direito de continuar como titular do plano, ensejando a presente ação nova notificação de cancelamento do plano por outro fundamento, requerendo sejam as corrés compelidas a reativar e manter o plano de saúde da requerente, nas mesmas condições de cobertura e preço, impedindo-se assim, a rescisão unilateral do contrato, garantindo a continuidade dos tratamentos médicos.

A r. sentença, cujo relatório se adota, julgou procedente a ação para condenar as requeridas na obrigação de manter o plano de saúde da autora, nos termos originalmente contratados, assegurado o direito de migração para plano de saúde individual ou familiar capaz de atender as suas necessidades e observada a compatibilidade da cobertura assistencial e a portabilidade de carências, condenando a parte ré ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como de honorários advocatícios fixados, por equidade, em R\$ 1.000,00, nos termos do artigo 85, § 8º do CPC/2015 (fls. 171/175).

A ré Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. apelou arguindo sua ilegitimidade passiva por ser mera Administradora de Benefícios contratada para prestação de serviços de estipulação de

contratação perante a Operadora de Saúde, exercendo, ainda, as atividades de comercialização dos planos, gestão financeira, operacional e administrativa do contrato, argumentando que o contrato prevê a possibilidade de rescisão unilateral, autorizada por regras e condições contratuais que foram estabelecidas diretamente com a operadora de saúde, estando de acordo com a entidade de classe estipulante e os beneficiários que aderiram ao contrato coletivo, cancelado em decorrência de ato unilateral da Operadora de Saúde, sobre o que não possui qualquer ingerência, e, no mérito, afirmou que cuida-se de plano coletivo por adesão, caso em que não se insere na proibição de rescisão unilateral expressa no art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98, aplicável aos contratos individuais, tendo o cancelamento observado as disposições da RN 557/22, da ANS, salientando a regular notificação da autora quanto ao cancelamento, e, ainda, a plena possibilidade de contratação de novo plano de saúde pela autora e a impossibilidade de oferta de planos individuais, nos termos da RN 515/22, da ANS e, por fim, a não aplicação do Tema 1082 do STJ, uma vez não comprovado tratamento médico atual necessário à sobrevivência da apelada ou sua incolumidade física, razões pela quais requer seja a ação julgada improcedente (fls. 178/188).

A corré Amil Assistência Médica Internacional S.A., também, recorreu suscitando sua ilegitimidade passiva tendo em vista que a gestão e administração dos contratos coletivos por adesão é realizada exclusivamente pela Administradora, nos termos da RN 195, da ANS, a quem incumbe, inclusive o envio dos boletos e recebimento das mensalidades, além da suspensão e cancelamento do plano em caso de inadimplência, notificando o cancelamento do contrato firmado com

a Qualicorp, com prestação de serviços até 31.05.2024 e a possibilidade de migração para nova operadora que será oportunamente contratada, na forma da RN 515 da ANS, afirmando, ainda, a inexistência de vínculo direto com a Amil, mas à entidade de classe contratante, sob estipulação da Administradora, aduzindo a perda de elegibilidade à manutenção no plano, ante a vedação de ser mantida no plano individual, vedado pela ANS, bem como a legalidade da rescisão do contrato e notificação tudo nos termos do art. 23 da RN 557/2022 e contrato validamente firmado e, por fim, a inexistência de conflito com as disposições do Código de Defesa do Consumidor, requerendo a total improcedência dos pedidos (fls. 204/221).

Foram apresentadas contrarrazões pugnando-se pela manutenção da sentença (fls. 227/234).

É o Relatório.

Cuidando-se de discussão acerca de plano de saúde coletivo, a Operadora de saúde é parte legítima passiva ad causam, cuja legitimidade decorre da Lei n. 9.656/98, à qual se submetem "as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde" (art. 1º), sendo que o fato de ter sido contratada a Administradora para gerir o contrato de plano de saúde não altera sua responsabilidade perante o consumidor não havendo, ainda, que se falar em ilegitimidade da Administradora Qualicorp, na condição de Administradora de Benefícios, inserindo-se ambas na mesma cadeia de fornecimento.

Como preleciona Claudia Lima Marques¹: “o art. 20 do CDC concentra-se na qualidade dos serviços, no resultado obtido,

¹ MARQUES, Claudia Lima. Comentários ao Código de Defesa do Consumidor/ Claudia Lima Marques, Antônio Herman V. Benjamin, Bruno Miragem. 3ª ed. São Paulo: RT, 2010, p.519.

e não na atuação direta ou indireta do fornecedor e na valoração dessa atuação. Trata-se, portanto, de uma norma genérica de garantia de prestabilidade do serviço, que, ao mencionar apenas o 'fornecedor', institui uma solidariedade legal em toda a cadeia de fornecedores, organizados para servir ao consumidor. Cabe ao consumidor a escolha de contra quem irá reclamar, geralmente seu contratante direto, como as agências de viagens, que poderão ressarcir-se com base no disposto no parágrafo único do art. 7º do CDC. Frise-se que, quando o caso é de serviços por muitos fornecedores (unidos entre si ou não), o dever legal de qualidade é de todos”.

Os arts. 14 e 18 do CDC consideram como solidariamente responsáveis, e de forma objetiva, todos os integrantes da cadeia de fornecimento.

Consoante o entendimento do 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 1058221/PR, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/10/2011, DJe 14/10/2011; REsp 1077911/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/10/2011, DJe 14/10/2011).

No mais, a autora era dependente de seu marido no plano de saúde coletivo por adesão, contratado pelo Sindicato dos Engenheiros, e após o óbito do cônjuge, obteve judicialmente o direito de permanecer no plano como titular (processo nº

1083942-38.2022.8.26.0002), sobrevivendo nova comunicação do cancelamento, agora sob o argumento de rescisão do contrato firmado.

O Superior Tribunal de Justiça estabilizou no âmbito de julgamento de Recurso Repetitivo (Tema 1082 - Info 742), que **"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"** (2ª Seção. REsp 1.846.123-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/06/2022).

A impossibilidade de suspensão ou rescisão do contrato durante a internação do usuário (titular ou dependente) não configura, por sua vez, limitação aplicável somente aos contratos individuais e familiares. A norma, fundada no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, tem por escopo apenas ressaltar que, ainda quando haja motivo, a rescisão ou a suspensão de plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do paciente, que se encontra em situação de extrema vulnerabilidade.

Desse modo, no caso de usuário internado ou em tratamento médico relevante, como no caso, o óbice à rescisão ou suspensão do plano de saúde prevalecerá independentemente do regime de sua contratação (coletivo ou individual), devendo-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física, ainda que o paciente seja o único integrante da apólice ou do plano de saúde, cabendo à Operadora dar cumprimento ao

entendimento do Tribunal Superior e, se necessário, comprovar à ANS a imposição judicial.

Como já destacado, tal inteligência se aplica à hipótese de cancelamento imotivado do contrato, diante do estado de risco da beneficiária, que, conforme Relatório Médico de fls. 42, conta com 88 anos de idade e está em tratamento médico para controle da hipertensão arterial sistêmica, e o último exame de rigidez arterial identificou a fragilidade da saúde da paciente, destacando o profissional que a acompanha que a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade no mundo, “e o principal fator de risco é a hipertensão arterial e quando não se consegue controlá-la adequadamente com consultas regulares e exames de monitoramento frequentes a pior consequência é o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral hemorrágico com suas sequelas e a morte”, e a paciente, em razão da sua idade, com acompanhamento trimestral, tem apresentado picos pressóricos, fazendo-se necessário tratamento urgente e novos exames.

A rescisão ou a suspensão de plano de saúde imotivada não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida de paciente, que se encontra em tratamento de doença grave, devendo, assim, ser restabelecido e mantido o plano de saúde a fim de evitar prejuízo à saúde da apelada.

Consoante o entendimento do Superior Tribunal de Justiça: "os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípua de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos

inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual" (REsp 962.980/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 13/03/2012, DJe 15/05/2012).

Assim, deve ser mantida a r. Sentença por seus judiciosos fundamentos.

Pelo exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** aos recursos de apelação, majorando-se para R\$ 6.000,00 os honorários advocatícios devidos pelas requeridas, nos termos do art. 85, §§ 8º-A e 11, do CPC/2015.

ALCIDES LEOPOLDO
Relator
Assinatura Eletrônica