



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000307897

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1078009-13.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, é apelado LUIZ FERNANDO DE OLIVEIRA TEIXEIRA.

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 aos recursos. 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), SILVÉRIO DA SILVA E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 29 de março de 2025.

PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº: 1078009-13.2024.8.26.0100
Apelante (s): Central Nacional Unimed - Cooperativa Central e Qualicorp Administradora de Benefícios S/A
Apelado (s): Luiz Fernando de Oliveira Teixeira
Comarca: São Paulo - 44ª Vara Cível
1ª Instância: 1078009-13.2024.8.26.0100
Juiz: Guilherme Madeira Dezem

Voto nº 43.221

EMENTA. Apelação. Plano de saúde. Ação cominatória. Sentença de procedência. Inconformismo da parte ré. Descabimento. Incidência do Código de Defesa do Consumidor. Rescisão unilateral do contrato coletivo. Beneficiário em meio a tratamento de doença grave (arritmia cardíaca descompensada). Incidência da tese fixada no Tema 1.082 do STJ. Dever da operadora assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos à beneficiário em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física. Respeito à função social do contrato e ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Sentença mantida. Recursos improvidos.

Apelações interpostas contra a sentença de fls. 478/483, cujo relatório se adota, que julgou procedente a ação cominatória movida por Luiz Fernando de Oliveira Teixeira em face de Central Nacional Unimed - Cooperativa Central e outro, para o fim de para confirmar a tutela de fls. 36/38, tornando definitiva a obrigação de fazer consubstanciada na manutenção do plano de saúde do autor, confirmando a tutela provisória.

As corrés apelam e pugnam pela reforma da sentença pelas razões de fls. 486/498 e 504/516.

Recursos tempestivos e respondidos (fls. 566/576).

É o relatório em sede recursal.

Trata-se de ação de obrigação de fazer por meio da qual o autor, portador de arritmia cardíaca descompensada e em tratamento intensivo, tendo sido indicado procedimentos como ablação e cardioversão, pretende compelir a parte ré a mantê-lo como beneficiário do plano de saúde, haja vista que ele foi cancelado unilateralmente pela operadora.

Após regular processamento do feito, foi proferida sentença de procedência, contra a qual se insurgem as corrés.

Os recursos não comportam provimento.

Inicialmente, observo que os contratos envolvendo planos de saúde são de trato sucessivo, renovando-se automaticamente, pelo que sujeita suas condições às modificações posteriores introduzidas por novas leis, sem que se possa alegar ofensa a ato jurídico perfeito.

O E. STJ tem decidido reiteradamente que:

“Agravamento Regimento em Agravamento de Instrumento – Seguro de saúde - Contrato firmado antes da vigência da lei n. 9656/98 - Obrigação de trato sucessivo - Possibilidade de se aferir, nas renovações, a abusividade de cláusulas contratuais à luz do que dispõe a legislação consumerista - Entendimento em harmonia com a jurisprudência deste tribunal - Material essencial ao tratamento cirúrgico coberto pelo plano de saúde - Cobertura - Precedentes - Recurso improvido” (3ª Turma, AgRg no Agravamento de Instrumento nº 1.250.819 – PR, Relator Ministro MASSAMI UYEDA, j. 04/05/2010).

Este entendimento encontra-se sedimentado na jurisprudência desta C. Corte, através da Súmula n. 100, a qual dispõe que: *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.

Por outro lado, o fato de ser a contratante pessoa jurídica não obsta a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista que a mesma figura como estipulante em benefício de seus associados.

Nesse sentido, jurisprudência deste E. Tribunal de Justiça:

Apelação nº 1003810-11.2015.8.26.0011 - *Plano de saúde coletivo. Aplicabilidade do CDC (Súmula 469 do C. STJ), ainda que se trate a estipulante de empresa de pequeno porte. Sócios e funcionários que figuram como beneficiários do seguro, assumindo a posição de destinatários finais dos serviços contratados. Possibilidade de revisão de cláusulas contratuais que decorre do próprio sistema jurídico (arts. 478 e 480 do CC e art. 6º, V, do CDC). Relativização da 'pacta sunt servanda'. Rescisão unilateral imotivada. Abusividade manifesta. Incidência do disposto no artigo 13, inciso II, da Lei 9.656/98, aplicável, por analogia, aos contratos coletivos. A denúncia vazia promovida inopinadamente pela operadora de saúde não deve vincular o segurado. Parte hipossuficiente que não pode ser surpreendida com a abrupta ruptura da cobertura securitária. Cláusulas gerais da boa-fé e equilíbrio na relação de consumo que representam restrições à autonomia privada. Conduta da operadora de saúde que implica na concreta inutilidade do negócio protetivo. Evidenciado o*

desequilíbrio contratual no exercício abusivo do direito por força da desigualdade material de poder. Prestadora de serviços que confunde boa-fé com interesse próprio. Impostura evidenciada. Quebra do dever de lealdade e violação à boa-fé objetiva e à função social do contrato (arts. 421 e 422 do Cód. Civil). Precedentes. Sentença mantida. Recurso desprovido (7ª Câmara Direito Privado, rel. Des. RÔMOLO RUSSO, j. 03/08/2016).

Pois bem.

Não se nega à operadora o direito de rescindir unilateralmente o contrato de plano de saúde coletivo, nos termos da Lei 9.656/98.

Contudo, consoante tese fixada pelo **C. Superior Tribunal de Justiça**, no julgamento dos Recursos Especiais nº 1.842.751/RS e 1.846.123/SP, sob a sistemática dos recursos repetitivos: *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 (Tema 1.082).*

A aplicação do Tema 1082 do STJ aos casos de beneficiários em tratamento médico é essencial para assegurar o direito à saúde. A rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar na interrupção de cuidados imprescindíveis para a sobrevivência e incolumidade física do paciente. Assim, é imperativo que os planos de saúde garantam a continuidade dos tratamentos prescritos, desde que o titular arque com a contraprestação devida, respeitando os direitos constitucionais e legais dos beneficiários.

Note-se que o princípio da boa-fé objetiva há que ser aplicado em benefício do autor, já que, da interpretação sistemática da relação jurídica em discussão, causa perplexidade atitude da ré de praticar atos para excluir sumariamente do plano de saúde pessoas cobertas pelos serviços, sem ao menos apresentar novas oportunidades de contratação.

Ora, a própria função social do contrato em comento, ou seja, a preservação da vida, não permite que o beneficiário seja, no momento de necessidade, abandonado a própria sorte, sob pena, inclusive, de grave violação ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Portanto, não se tendo notícia nos autos de que tenha sido oferecida opção ao beneficiário, não comporta deferimento a irresignação das apelantes.

Por fim, majoro os honorários advocatícios para 15% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, §11, do CPC.

Ante o exposto, meu voto nega provimento aos recursos.

Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho
Relator