



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000309254

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1003871-80.2024.8.26.0066, da Comarca de Barretos, em que são apelantes CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, são apelados KATHERINE NAREL SOARES DA SILVA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e CAROLINE RAISSA SOARES (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª 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 LIA PORTO (Presidente) E FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI.

São Paulo, 31 de março de 2025.

PASTORELO KFOURI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº **9248**

Apelação Cível n. **1003871-80.2024.8.26.0066**

Relator: **Pastorelo Kfourì**

Órgão julgador: **7ª Câmara de Direito Privado**

Comarca: Barretos/1ª Vara Cível

Juiz (a): Ricardo Truite Alves

Apelante (s): Qualicorp Administradora de Benefícios Ltda e Central
Nacional Unimed – Cooperativa Central

Apelado (a)(s): Katherine Narel Soares da Silva e outro

Ementa: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL. AÇÃO PROCEDENTE. DUPLO APELO. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. CASO EM EXAME

1. Duplo recurso de apelação contra sentença de procedência que determinou a continuidade do contrato de plano de saúde.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. As questões em discussão são a regularidade da rescisão unilateral do plano de saúde de beneficiário em tratamento prolongado e a legitimidade passiva da administradora de benefícios.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A relação jurídica entre plano de saúde e consumidor é regida pelo CDC, conforme Súmula STJ nº 608.

4. Afasta-se a preliminar de ilegitimidade passiva, reconhecendo-se a higidez do litisconsórcio passivo com a administradora. Administração e operação do plano de saúde fornecido que justificam a legitimação de ambas as demandadas no caso concreto.

5. Paciente curatelada, portadora de doença grave (Síndrome de Rett).

6. Aplicação da tese do Tema STJ nº 1.082 garante a continuidade do tratamento para a sobrevivência ou

incolumidade física do beneficiário, independentemente de urgência ou internação.

IV. DISPOSITIVO E TESE

7. Apelações conhecidas e desprovidas.

Tese de julgamento: "A operadora de plano de saúde é obrigada a manter a cobertura de tratamento para paciente em tratamento de doença grave, superando a resilição contratual, em aplicação analógica da tese firmada no julgamento do Tema STJ nº 1.082."

Dispositivos relevantes citados: Lei nº 14.842/2024, RN ANS nº 465/2021, nº 539/2022 e nº 541/2022.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula nº 608 e Tema nº 1.082.

Cuida-se de duplo apelo contra a sentença a fls. 512/518, que julgou procedente a ação para determinar a manutenção do contrato de plano de saúde da autora nas mesmas condições anteriormente estabelecidas.

Em suas razões recursais, a administradora de benefícios aduz, preliminarmente, que não é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda. Argumenta que o cancelamento foi realizado pela operadora e não pela administradora. No mérito, defende que o cancelamento unilateral encontra previsão contratual, defende não comercializar planos individuais e pleiteia a não aplicação do Tema nº 1.082 do STJ.

A operadora de planos de saúde alega que não houve irregularidade no cancelamento do plano de saúde da autora. Assevera que a autora tinha conhecimento das cláusulas contratuais no momento da assinatura do contrato, com as quais concordou. Sustenta que é possível o cancelamento do plano coletivo desde que o contrato tenha vigorado por 12 meses e que a rescisão seja devidamente notificada, nos termos da Resolução Normativa nº 509/2022 da ANS. Alega que o prazo de 60 (sessenta) dias foi observado pela operadora,

que informou a administradora de benefícios sobre a rescisão e apontou para a necessidade de adoção de providências.

Contrarrazões a fls. 559/565 e 566/570.

Parecer da Douta Procuradoria-Geral de Justiça pelo desprovimento do recurso (fls. 584/589).

É o relato do essencial.

Apelações interpostas tempestivamente, com o devido recolhimento dos preparos (fls. 537/539 e 554/555).

Inicialmente há que se observar que a relação jurídica existente entre a operadora de plano de saúde e a autora, conforme entendimento firmado na Súmula STJ nº 608, é de natureza consumerista, razão pela qual será analisada à luz do microssistema protetivo pautado na vulnerabilidade material e hipossuficiência processual do consumidor.

Rejeita-se a preliminar de ilegitimidade passiva suscitada pela administradora de benefícios, notadamente porque ambas as requeridas têm legitimidade para figurar no polo passivo, já que, respectivamente, propiciam a operação e a administração do plano de saúde fornecido ao usuário, mostrando-se correto o litisconsórcio entre elas.

Neste sentido:

APELAÇÕES CÍVEIS. PLANO DE SAÚDE.
RESCISÃO UNILATERAL. AÇÃO COMINATÓRIA.
RESTABELECIMENTO DO PLANO.
TRATAMENTO CONTÍNUO EM CURSO
DECORRENTE DE TRANSPLANTE DE MEDULA.

ANEMIA FALCIFORME GRAVE. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. HONORÁRIOS EM 20% DO VALOR DA CAUSA. APELOS DA ADMINISTRADORA E DA OPERADORA. OPOSIÇÃO AO JULGAMENTO VIRTUAL. 1. Preliminar de nulidade de sentença por alegada ocorrência de decisão extra petita rejeitada. Usuário que requereu a manutenção do plano de saúde nos termos da legislação de regência, o que contempla a portabilidade – que já havia sido oferecida pelo figurante polo passivo – e a oferta de um plano de saúde sob as modalidades individual ou familiar. 2. **Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada. Higidez do litisconsórcio passivo com a administradora. Administração e operação do plano de saúde fornecido que justifica a legitimação de ambas as demandadas no caso concreto.** 3. Notificação de rescisão unilateral recebida em 28/04/2023. Necessidade de tratamento contínuo para anemia falciforme grave decorrente de medula óssea transplantada desde 02/04/2021. 4. Art. 1º da Resolução CONSU nº 19/1999. Art. 8º, IV, da Resolução ANS nº 438/2018. Ausência de comprovação de que as apelantes ofertaram à usuária plano individual ou familiar isento de carência, mas apenas de que disponibilizaram portabilidade. 5. Tema nº 1.082 do C. STJ (STJ, REsp 1.968.998/SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 10/05/2022). Operadora deve assegurar a continuidade do tratamento médico essencial mesmo após a rescisão unilateral do plano coletivo, mediante contraprestação financeira do usuário. 6. Aplicabilidade do art. 13 da Lei nº 9.656/98. Abusividade reconhecida. Sentença mantida. Impossibilidade de majoração da verba honorária sucumbencial, já fixada em seu percentual máximo (art. 85, § 11, do CPC). Desprovemento dos recursos. (TJSP; Apelação Cível 1080380-81.2023.8.26.0100; Relator (a): Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 16ª Vara Cível; Data do Julgamento: 30/10/2024; Data de Registro:

31/10/2024).

No que diz respeito ao cancelamento do plano de saúde coletivo mantido pelos apelados, observo que a questão já foi objeto de análise anterior por este colegiado quando do julgamento do agravo de instrumento nº 2159725-54.2024.8.26.0000, assim ementado:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. Decisão que deferiu a liminar para determinar a manutenção do plano de saúde. Insurgência da requerida. Argumenta que é parte ilegítima para o polo passivo da ação, sendo a administradora do contrato quem realiza a comunicação aos beneficiários a respeito da decisão de rescisão contratual. Aduz que é lícito o exercício da faculdade de rescindir unilateralmente o contrato, conforme cláusula específica. Parecer da Douta Procuradoria-Geral de Justiça pelo desprovisionamento do recurso. JULGAMENTO. Cancelamento do plano de saúde fundado na faculdade contratual de rescisão unilateral. Legitimidade passiva verificada, nos termos da Súmula 101 desta Corte. Princípios da função social do contrato e da proporcionalidade analisados sob a luz da dignidade da pessoa humana. Situação que representa ônus da atuação em ramo tão sensível como o fornecimento de serviços de saúde suplementares. Aplicação analógica do tema 1.082 do STJ. Precedentes. Decisão mantida. Recurso desprovido.

A situação constante do início do processo perdura até o momento. Não houve apresentação de prova que pudesse ensejar a alteração do entendimento anterior que indeferiu a rescisão contratual naquela oportunidade.

A tese definida no julgamento do Tema STJ nº 1.082 tem lugar na hipótese dos autos, haja vista a indubitável necessidade de

manutenção do tratamento da paciente, que é pessoa curatelada, com diagnóstico de Síndrome de Rett (CID F 84.2) com deficiência física e mental grave (CID F 72).

A conservação do tratamento da paciente não depende de se tratar de caso de urgência ou internação, mas se estende àquele garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física.

Neste sentido também é o entendimento desta Corte:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE – RESCISÃO IMOTIVADA DE CONTRATO COLETIVO – Ilegitimidade – **Beneficiário que está em tratamento para autismo – Aplicação do Tema 1082, do Superior Tribunal de Justiça** – Operadora que deve 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, mediante o pagamento integral da contraprestação – Decisão revogada – Agravo provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2155364-28.2023.8.26.0000; Relator: Hertha Helena de Oliveira; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/10/2023)

PLANO DE SAÚDE – TUTELA DE URGÊNCIA – DENÚNCIA IMOTIVADA DE PLANO COLETIVO – PEDIDO DE MANUTENÇÃO – Agravante que pretende o reconhecimento da abusividade da rescisão unilateral de plano de saúde coletivo por adesão e a continuidade da cobertura – Preenchimento dos requisitos do art. 300 do CPC – **Agravante que é menor e foi diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista – Relatório do médico assistente que atestou o atraso no**

desenvolvimento global e a imprescindibilidade do tratamento multidisciplinar pelo método ABA – Verossimilhança da alegação de abusividade do cancelamento imotivado do contrato após diagnóstico de doença grave e recomendação médica para início da intervenção terapêutica – Aplicação analógica do Tema 1082 dos recursos especiais repetitivos do STJ, em cognição sumária – Perigo da demora decorrente da perda imediata da cobertura com presumíveis dificuldades financeiras de iniciar o tratamento – Decisão reformada – RECURSO PROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2174999-92.2023.8.26.0000; Relator: Angela Moreno Pacheco de Rezende Lopes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mauá - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/08/2023)

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de saúde – Tutela de urgência – Pretensão de manutenção do plano de saúde rescindido nos moldes em que contratado – Deferimento – Insurgência da operadora ré alegando ser lícita a possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde – **Beneficiário menor diagnosticado com transtorno do espectro autista em tratamento multidisciplinar pelo método ABA** – Plano coletivo com apenas 2 (dois) beneficiários – Probabilidade do direito evidenciada – **Garantia da continuidade da assistência a beneficiário internado ou em tratamento de doença grave, até a efetiva alta, com o integral pagamento das mensalidades** – Tese firmada pelo STJ, em julgamento sob o rito dos recursos especiais repetitivos (Tema 1082) – Resilição unilateral de contratos com menos de 30 beneficiários pela operadora vinculado a justificativa idônea, em virtude da vulnerabilidade desse grupo de usuários – Jurisprudência do STJ – Perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo – Interrupção abrupta de todo o tratamento pode ocasionar sérios e

graves prejuízos ao seu desenvolvimento – Multa diária bem fixada em R\$ 1.000,00 por dia de descumprimento – Valor que considerara os parâmetros da razoabilidade e proporcionalidade – Precedentes desta Câmara – Decisão mantida – NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2170704-12.2023.8.26.0000; Relator: Alexandre Coelho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VI - Penha de França - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/08/2023)

A operadora ainda tenta, ao defender que não está obrigada a disponibilizar plano individual, caso esta opção não exista em seu portfólio, desvencilhar-se do cumprimento da ordem judicial por via oblíqua, o que não pode ser admitido.

Vejamos o entendimento reiterado em precedentes desta E. Corte em casos análogos:

Apelação. Plano de saúde coletivo. Pretensão da parte autora de manutenção no plano coletivo empresarial rescindido, nas mesmas condições de cobertura e valores. Sentença de extinção do feito, com fulcro no art. 485, VI, do CPC. Inconformismo do autor. Legitimidade ativa. Autor é parte legítima diante da relação de consumo os contratos de plano de saúde. Sentença terminativa afastada. Causa madura. Exegese do art. 1.013, §3º, do CPC. Pretensão de permanência no plano. Extinto o plano coletivo empresarial, não haveria que se falar em manutenção daquele plano, exclusivamente para o autor e seus dependentes. Dever da operadora de saúde, no entanto, ante a rescisão do plano coletivo empresarial, de ofertar ao beneficiário a manutenção em ajuste individual e sem carências. Resolução nº 19/1999 do CONSU. Oferta que não foi devidamente realizada pela operadora de saúde. Determinação de

reativação do plano de saúde do autor, mediante a migração para plano individual ou familiar, nas mesmas condições de cobertura anteriormente contratadas, independentemente do cumprimento de novos períodos de carência. Irrelevante a alegação de que a operadora requerida não comercializa mais planos na modalidade individual ou familiar. Valor do novo plano individual que não precisa observar os parâmetros do plano coletivo extinto. Precedentes deste E. Tribunal de Justiça. Recurso parcialmente provido. (TJSP; Apelação Cível 1001810-42.2021.8.26.0071; Relator (a): Coelho Mendes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Bauru - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/10/2022; Data de Registro: 31/10/2022)

MANUTENÇÃO DE CONTRATO. PLANO DE SAÚDE. EXTINÇÃO DE CONTRATO COLETIVO. Insurgência contra sentença de parcial procedência. Sentença reformada em parte. Plano de saúde coletivo foi extinto por rescisão unilateral da ex-empregadora. Apelante deve oferecer plano de saúde sem carências (artigos 1º da RN 19/1998 do CONSU e 8º, §1º da RN 438 da ANS). Ausência de imposição legal, todavia, de manter as mesmas condições, de forma que a mensalidade corresponde ao valor integral do plano de saúde individual ou coletivo. Descabimento, no mais, da pretendida exclusão da imposição legal sob o argumento de que não comercializa planos individuais ou familiares. Precedentes RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1072321-78.2021.8.26.0002; Relator (a): Carlos Alberto de Salles; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/10/2022; Data de Registro: 21/10/2022)

PLANO DE SAÚDE – Suspensão/rescisão

unilateral de contrato coletivo pela seguradora, com obediência aos termos legais – Admissibilidade - Seguradora que, no entanto, deve oferecer ao autor (e seus dependentes), a migração para outro similar, em caráter individual ou familiar, sem o cumprimento de prazo de carência, mantidas as mesmas condições de cobertura– Resolução nº 19 do CONSU e Resolução Normativa nº 254 da ANS – Argumento da ré de que não comercializa mais planos individuais que não a exime de disponibilizar o plano para a autora- Sentença mantida– Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1022073-71.2022.8.26.0100; Relator (a): Moreira Viegas; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 28ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/09/2022; Data de Registro: 28/09/2022)

Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Sentença de parcial procedência. Insurgência da ré. Rescisão unilateral do contrato coletivo de seguro saúde após parto prematuro da autora. Negativa de custeio das despesas médicas da autora e de seu filho, recém-nascido. Suposta fraude contratual que envolveu a criação de carteira de beneficiárias, grávidas, que não mantinham vínculo empregatício com a associação indicada pela corretora que intermediou a contratação. Fraude que não pode afastar os direitos da autora, consumidora, hipossuficiente na relação jurídica. Contratação que foi aperfeiçoada pela ré, que não tomou as providências devidas para evitar a fraude. Sentença que determinou a continuidade do benefício, com migração para contrato individual. Possibilidade. Inteligência da Resolução CONSU nº 19/1999 e da Resolução nº 254/2011 da ANS. Alegação da operadora do plano de saúde de que não comercializa planos nas modalidades individual e/ou familiar que não afasta o direito do consumidor, sob pena de esvaziamento da regulamentação citada. Disponibilização de plano individual à consumidora que pode ser

imposta à operadora. Precedentes. Danos morais. Configuração "in re ipsa". Sofrimento e abalo emocional que superam o mero desconforto ou infortúnio não indenizável. Razoabilidade do importe fixado no juízo "a quo" (R\$ 5.000,00). Obrigação de custeio das despesas médicas e hospitalares decorrentes do parto da autora. Sentença integralmente confirmada. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1010625-32.2021.8.26.0005; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional V - São Miguel Paulista - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/09/2022; Data de Registro: 12/09/2022)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer c.c. pedido de tutela de urgência. Pretensão de inclusão em plano de saúde individual, para continuidade de tratamento nos termos da Resolução CONSU nº 19/99, após desligamento de plano de saúde coletivo empresarial. Sentença de procedência. Inconformismo da ré. Alegação de que não pode ser compelida à inclusão do autor em plano de saúde individual, uma vez que não mais comercializa esta espécie de contrato. Não acolhimento. Alegação que não afasta a possibilidade de inclusão do autor em carteira de segurados da qual ainda é titular, sob pena de se valer de via oblíqua para esvaziar o conteúdo da referida resolução. Precedentes deste Tribunal neste sentido. Sentença confirmada. Sucumbência recursal da apelante. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO." (TJSP 3ª Câmara de Direito Privado - Apelação nº 1115802- 93.2018.8.26.0100, Relator Des. VIVIANI NICOLAU, j., 06/07/2020)

Portanto, em relação à necessidade de continuação do atendimento, a sentença não comporta reparos.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC, e do Tema 1.059 do STJ, majoro os honorários de sucumbência devidos aos patronos da requerida para 20% do valor de cada causa.

Para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada a matéria, evitando-se a interposição de embargos de declaração com esta única e exclusiva finalidade, observando o pacífico entendimento do STJ de que desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205/SP, Min. Felix Fischer, DJ de 08/05/2006). Àqueles manifestamente protelatórios (incluindo os que pretendam a reanálise do mérito pela via inadequada) aplicar-se-á a multa prevista no art. 1.026, §§ 2º e 3º, do CPC.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos de apelação.

PASTORELO KFOURI
Relator