



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000311431

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1013889-54.2024.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que são apelantes AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, é apelada CLAUDIA MARA SERPA VICENTE.

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, 31 de março de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40915

APELAÇÃO Nº: 1013889-54.2024.8.26.0554

COMARCA: FORO DE SANTO ANDRÉ

APELANTE: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A

APELANTE: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A.

APELADA: CLÁUDIA MARA SERPA VICENTE.

JUÍZA: DRA. MARIANA SILVA RODRIGUES DIAS TOYAMA STEINER

FMS

Apelação. Ação cominatória. Plano de saúde. Sentença de parcial procedência para condenar a ré a restabelecer/reactivar o plano de saúde da autora, contemplando os segurados em tratamento de saúde. Cancelamento unilateral do plano pela operadora e administradora. A autora é portadora de psoríase cutânea, necessitando de medicamentos de alto custo para controlar o seu quadro clínico, e está realizando exames operatórios em consequência da necessidade de cirurgia bariátrica e seu filho menor foi diagnosticado com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e encontra-se em tratamento. Inteligência do art. 51, incisos IV e XV do CDC. Manutenção da beneficiária que é de rigor em observância aos princípios da boa fé objetiva e função social do contrato, sob pena de abuso de direito. Aplicação do art. 13, inciso III, da Lei nº 9.656/98. Sentença mantida. Recurso improvido.

Trata-se de recurso de apelação interposto pelas requeridas em face da r. sentença de fls. 334/339, que, em ação de obrigação de fazer, julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados para condenar a ré à obrigação de fazer, consistente em restabelecer/reactivar o plano de saúde da autora, contemplando apenas os segurados Cláudia e Lucas, nos mesmos moldes, condições, reajustes, abrangências e coberturas então vigentes e mediante pagamento da respectiva e proporcional

contraprestação atinente ao plano de saúde contratado, até alta médica da referida segurada.

Apela a requerida Qualicorp com argumentos preliminares de ilegitimidade ativa realçando que o cancelamento não decorre de nenhuma atividade por ela procedida, mas de uma decisão exclusiva da operadora, dentro dos limites contratuais estabelecidos. Discorre acerca da ausência de responsabilidade de sua parte em relação ao cancelamento da operadora. Ao cabo, requer a total improcedência dos pleitos (fls. 531/536).

Por sua vez, apela a requerida Amil Assistência Médica Internacional S/A, sustentando, em síntese, a licitude do cancelamento, pois respeitou cláusulas contratuais e disposições regulatórias. Defende a possibilidade de cancelamento observada interpretação adequada do julgamento do Tema 1.082 do STJ. Salienta que a parte autora não está internada e que o apelado não realizou nenhum tratamento para preservação de sua incolumidade física ou de sua vida. Afirma que o aviso prévio foi cumprido e que a obrigação de oferta de planos é da administradora de benefícios. Alega a impossibilidade de reativação do beneficiário sob o risco de sanções regulatórias. Requer a improcedência dos pedidos (fls. 360/372).

Contrarrazões apresentadas às fls. 375/384 e fls. 385/395.

É o relatório.

Trata-se de ação objetivando a manutenção do contrato coletivo por adesão firmado entre as partes após pedido imotivado da ré de rescisão unilateral.

A r. sentença julgou parcialmente procedente o pedido sob o entendimento de que “em observância aos princípios

da boa-fé e da função social do contrato, de rigor o reconhecimento da abusividade do encerramento do plano de saúde quando o beneficiário está em tratamento médico, de modo que prudente a prorrogação da apólice. Se o objetivo é a preservação da saúde, não se pode admitir a exclusão de um segurado em pleno tratamento de saúde de doença diagnosticada quando da vigência da apólice, pois a chance de contratar outro plano é menor e, ainda, certamente será em vultosa quantia.” (fls. 337).

Os recursos não comportam provimento.

Inicialmente, é de se ratificar o afastamento da preliminar arguida pela requerida Qualicorp, uma vez que todos os fornecedores da cadeia produtiva respondem perante o consumidor, nos termos do art. 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor.

A controvérsia consiste na abusividade ou não do cancelamento imotivado do plano de saúde da parte autora.

A abusividade da cláusula que autoriza a rescisão unilateral do contrato restou devidamente caracterizada na hipótese dos autos, por conferir vantagem exagerada em favor da operadora do plano, colocando o consumidor em posição de desvantagem acentuada, nos moldes do art. 51, incisos IV e XV do Código de Defesa do Consumidor, consoante bem decidido.

No caso em apreço, a autora é portadora de psoríase cutânea, necessitando de medicamentos de alto custo para controlar o seu quadro clínico, e está realizando exames operatórios em consequência da necessidade de cirurgia bariátrica (fls. 33/47), bem como houve demonstração de que o seu filho Lucas, menor, foi diagnosticado com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e encontra-se em tratamento (fls. 29/32).

A relação que se estabeleceu entre as partes,

por força do contrato celebrado é de consumo. O Código de Defesa do Consumidor é norma de ordem pública, que se aplica a todas as relações de consumo, inclusive as decorrentes da contratação dos planos de saúde, nos termos da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. No mesmo sentido, a Súmula 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça.

Assim, “as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor”, sendo abusivas as cláusulas que coloquem em risco a saúde do segurado, a teor do artigo 51, § 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor.

É certo que em casos de paciente em tratamento tem sido autorizada pelos Tribunais a manutenção do plano de saúde ao beneficiário em observância aos princípios da boa fé objetiva e função social do contrato.

O princípio da boa-fé objetiva, bem como da dignidade humana, impõe que o atendimento do beneficiário, indispensáveis para a manutenção de saúde sejam preservados, considerando que os riscos apareceram quando o contrato estava vigente.

Ademais, cabível a aplicação 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.

Nesse sentido é a jurisprudência do C. Superior Tribunal de Justiça julgado sob a sistemática dos recursos repetitivos, aplicável à hipótese dos autos (Tema 1082):

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) a autora aderiu, em 1º.12.2012, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual o seu empregador era estipulante; (ii) no aludido pacto, havia cláusula 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 em 14.12.2016, indicando o cancelamento da apólice em 28.2.2017; (iv) desde 2016, a usuária encontrava-se afastada do trabalho para tratamento médico de câncer de mama, o que ensejou notificação extrajudicial - encaminhada pelo estipulante à operadora em 11.1.2017 - pleiteando a manutenção do seguro-saúde até a alta médica; (v) tendo em vista a recusa da ré, a autora ajuizou a presente ação postulando a sua migração para plano de saúde individual; (vi) desde a contestação, a ré aponta que não comercializa tal modalidade contratual; e (vii) em 4.4.2017, foi deferida antecipação da tutela

jurisdicional pelo magistrado de piso - confirmada na sentença e pelo Tribunal de origem - determinando que "a ré mantenha em vigor o contrato com a autora, nas mesmas condições contratadas pelo estipulante, ou restabeleça o contrato, se já rescindido, por prazo indeterminado ou até decisão em contrário deste juízo, garantindo integral cobertura de tratamento à moléstia que acomete a autora" (fls. 29-33).

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual a fim de se afastar a obrigatoriedade de oferecimento do plano de saúde individual substitutivo do coletivo extinto, mantendo-se, contudo, a determinação de continuidade de cobertura financeira do tratamento médico do câncer de mama - porventura em andamento -, ressalvada a ocorrência de efetiva portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp n. 1.846.123/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022.).

Nessa medida, era mesmo de rigor a manutenção de vínculo contratual.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

É o suficiente para se manter a r. sentença por seus próprios e judiciosos fundamentos.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGA-SE PROVIMENTO** aos recursos.

Em razão da sucumbência recursal, majoram-se os honorários do patrono da parte autora para 12% sobre o valor atualizado da causa.

SILVÉRIO DA SILVA
Relator