



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000320242

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015244-69.2024.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante/apelado AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, são apelados/apelantes ELLEN DE OLIVEIRA DE CARVALHO (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e BERNARDO CARVALHO CECCHI (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e Apelado QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A.

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 ao recurso da Operadora e deram provimento em parte ao recurso do autor. 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, 31 de março de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO CÍVEL

Processo n.1015244-69.2024.8.26.0564

Comarca: São Bernardo do Campo (2ª Vara Cível)

**Apelantes: Amil Assistência Médica Internacional S.A. e Bernardo
Carvalho Cecchi**

Apelados: Os mesmos

Juiz: Maurício Tini Garcia

Voto n. 36.720

EMENTA: Direito Civil. Apelação. Planos de Saúde. Pedido julgado procedente em parte.

I. Caso em Exame

Autor menor, diagnosticado com Síndrome do Espectro Autista, beneficiário de plano de saúde coletivo, teve plano cancelado por alegado desequilíbrio econômico-financeiro. Requereu aplicação do Código de Defesa do Consumidor, inversão do ônus da prova, manutenção do convênio médico e indenização por dano moral.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em: (i) possibilidade de cancelamento unilateral do plano de saúde durante tratamento médico; (ii) responsabilidade solidária entre operadora e administradora do plano de saúde.

III. Razões de Decidir

3. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula n. 608 do STJ.

4. Abusividade na extinção do contrato enquanto o segurado estiver em tratamento médico de doença grave, conforme precedentes do STJ.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso da Operadora desprovido; recurso do autor provido em parte para afastar extinção em relação à Administradora de Benefícios.

Tese de julgamento: 1. Aplicação do CDC aos contratos de plano de saúde. 2. Responsabilidade solidária na cadeia de fornecimento de serviços de saúde. 3. Condenação por dano moral bem fixada.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor, arts. 7º, 14, 18, 20.

Lei 9.656/98, art. 35-G.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp 1708317/RS, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 17/04/2018.

STJ, AgInt no REsp 1876498/SP, Rel. Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 19/10/2020.

STJ, REsp 1058221/PR, Rel. Ministra Nancy Andrighi,
Terceira Turma, julgado em 04/10/2011.

Trata-se de ação de obrigação de fazer c.c. indenização por dano moral, alegando o autor menor, diagnosticado com Síndrome do Espectro Autista, que é beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão e foi surpreendido pela informação de que seu plano seria cancelado, com encerramento da vigência em 31/05/2024, em virtude de alegado desequilíbrio econômico-financeiro, requerendo seja aplicado o Código de Defesa do Consumidor, com decretação da inversão do ônus da prova, e determinada a manutenção do convênio médico, garantindo a continuidade do tratamento médico necessário para sua saúde, com a compensação pelo dano moral.

A r. sentença, cujo relatório se adota, reconheceu a ilegitimidade passiva da corré Qualicorp, julgando extinto o processo em relação a ela, e julgou procedente o pedido formulado contra a ré Amil, para determinar a manutenção do convênio médico do qual o autor é beneficiário, garantida a continuidade do tratamento médico necessário para a sua saúde, até alta médica, sob a condição do adimplemento das obrigações de pagamento da contraprestação devida, e condenou a Operadora ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 8.000,00, atualizado pela tabela prática do TJSP, a partir da publicação da sentença, com juros de mora da citação, além de pagar as despesas processuais e honorários de 10% sobre o valor da condenação (fls. 371/373).

A Amil apelou sustentando que o cancelamento do plano ocorreu de acordo com as normas contratuais, sem qualquer

irregularidade, não sendo o fato de o autor estar em tratamento de saúde obstáculo à rescisão, admitindo-se o cancelamento unilateral do contrato, nos termos do Anexo I da RN nº 509/2022, além da previsão contratual expressa, após um ano da contratação e que tenha havido prévia notificação com antecedência mínima de 60 dias e que, por ser contrato empresarial, não há necessidade de motivação, tendo sido o cancelamento do contrato totalmente lícito. Argumenta que respeitou o período de 60 dias de aviso prévio, e não pode ser forçada a manter um beneficiário sozinho, em uma apólice, sem vínculo com qualquer Administradora, pois estará descumprindo exigência da ANS quanto aos requisitos de elegibilidade previstos na RN nº 557/2022 e exposta a sanções regulatórias, e que, sem esse vínculo, passará a operar um produto sem registro na ANS, ficando na mira do art. 19, RN 489/2022 que prevê sanção de R\$ 250.000,00 e de ser demandada pelos instrumentos regulatórios cabíveis. Requer a reforma da sentença, para que a ação seja julgada improcedente (fls. 401/414).

Foram apresentadas contrarrazões pela Qualicorp (fls. 421/430), pugnando pela manutenção da sentença, e pelo autor (fls. 431/438), que também apresentou recurso adesivo, insurgindo-se primeiramente quanto ao valor da indenização fixada, entendendo-o insuficiente para impedir que atitudes como a praticada contra o menor sejam repetidas com outros beneficiários, por ser o prejuízo econômico ínfimo perto de suas capacidades financeiras. Aponta que a irregularidade e abusividade da rescisão contratual, sem a possibilidade de migração para um novo plano, configura o ato ilícito que ofende os atributos protegidos pela responsabilidade civil, do que decorre que o cancelamento do plano de saúde, durante o tratamento, ultrapassa a

esfera do razoável e trouxe ao autor e a sua família sofrimento e abalo emocional, especialmente considerando a fragilidade de sua saúde e a possibilidade de interrupção de seu tratamento. Visando tanto à finalidade compensatória quanto à função educativa da indenização por dano moral, requer a majoração para o valor de R\$15.000,00. Em segundo lugar, pretende a alteração da sentença, na parte que excluiu a Administradora da ação, por entender que ambas as requeridas possuem responsabilidade solidária na prestação do serviço de saúde, nos termos do Código de Defesa do Consumidor e da jurisprudência aplicável. Afirma que, na qualidade de operadora do plano de saúde, tem o dever de garantir a prestação de serviços de saúde de maneira contínua e adequada, sendo que ambas as requeridas fazem parte da cadeia de fornecimento do plano de saúde, sendo, assim, solidariamente responsáveis pelos prejuízos decorrentes do cancelamento unilateral e arbitrário do plano de saúde. Requer a majoração da condenação das requeridas, para pagamento de indenização por danos morais, no importe de R\$15.000,00, e a responsabilização solidária entre a operadora e a administradora, afastando-se a extinção da ação em relação à última (fls. 439/450).

A Administradora e a Operadora apresentaram contrarrazões (fls. 457/464 e 465/485).

A D. Procuradoria de Justiça opinou pelo não provimento do recurso da Operadora e pelo provimento em parte do recurso do menor (fls. 492/497).

É o Relatório.

Em conformidade com a Súmula n. 608 do STJ aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

O autor é beneficiário de plano coletivo empresarial e ingressou com a ação diante da intenção da Operadora de rescindir o contrato de forma unilateral e imotivada, com fundamento na cláusula 22.2.1 (fls. 282), que dispõe poder ser extinto unilateralmente, desde que após o prazo de vigência inicial (12 meses), havendo o envio de notificação, com antecedência de 60 dias.

O Superior Tribunal de Justiça reconhece expressamente que: "a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98) prevê que se aplicam subsidiariamente as disposições do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde coletivo e individual/familiar (art.35-G)" (REsp 1708317/RS, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/04/2018, DJe 20/04/2018).

O mesmo Tribunal Superior tem entendimento firmado que: "é possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. Precedentes" (AgInt no REsp 1722940/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 22/05/2018, DJe 30/05/2018), bem como que: "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)" (AgInt no AREsp 1160052/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 24/04/2018, DJe 27/04/2018).

Porém, há, no caso, uma singularidade que é o fato de o autor, menor com 7 anos de idade (fls. 25), ter sido diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista (TEA – CID 10-F.84), com prescrição médica de condutas terapêuticas multidisciplinares, seguindo modelo comportamental de Análise Aplicada ao Comportamento (ABA), bem como tratamentos medicamentosos (Canabidiol 100mg/ml + Tetrahydrocannabinol 0,3% Health Meds, Arpejo 20 mg/ml e Melatonina 1mg), como se verifica dos relatórios juntados às fls. 33/45.

A Operadora de saúde negou-lhe a cobertura do medicamento (Canabidiol), motivo pelo qual ingressou com ação nº 1097248-71.2022.8.26.0100, no qual, em 26/07/2023, foi proferida sentença de procedência que determinou à Operadora a cobertura integral do tratamento do autor, com o medicamento, conforme prescrição médica, confirmada por Acórdão de minha relatoria, garantindo-lhe a cobertura do medicamento indicado, estando em fase de processamento de Recurso Especial.

Nessa situação o entendimento do Tribunal Superior em relação aos contratos coletivos rescindidos unilateralmente é de ser: "abusiva a extinção do contrato coletivo ou individual de seguro-saúde enquanto o segurado estiver submetido a tratamento médico de doença grave" (AgInt no REsp 1876498/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/10/2020, DJe 26/10/2020;

Também 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), sendo irrelevante que a iniciativa da rescisão tenha partido da estipulante ou da administradora de benefícios, ou de ambos.

A impossibilidade de suspensão ou rescisão do contrato durante a internação ou tratamento 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 o caso do agravado, que tem diagnóstico de transtorno do espectro autista), 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 e psíquica, ainda que o paciente seja o único integrante da apólice ou do plano de saúde, cabendo às corréis darem

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

Tal inteligência se aplica à hipótese de cancelamento imotivado do contrato, diante do estado de emergência do beneficiário que apresenta alterações comportamentais e limitações quanto à comunicação e interação social.

Ressalte-se que, ainda que não haja internação, diante da doença grave, que exige estrito acompanhamento multidisciplinar, caracterizado está o estado emergencial, de maneira que em relação exclusiva ao autor, deve ser mantido o contrato.

Quanto ao recurso adesivo, o plano do autor tem como administradora de benefícios a empresa Qualicorp e, no sistema do CDC respondem solidariamente todos aqueles que se inserem na cadeia de fornecimento do serviço ou do produto. Como preleciona Claudia Lima Marques¹: “o art. 20 do CDC concentra-se na qualidade dos serviços, no resultado obtido, 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.

¹ MARQUES, Claudia Lima. Comentários ao Código de Defesa do Consumidor/ Claudia Lima Marques,

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. E, conforme preceitua o art. 7º, parágrafo único, do CDC, “Tendo mais de um autor a ofensa, todos responderão solidariamente pela reparação dos danos previstos nas normas de consumo”.

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).

Assim a administradora é parte legítima para figurar no polo passivo da ação.

Quanto ao dano moral, este importa em violação a direitos da personalidade, que conforme Adriano de Cupis são “direitos sem os quais todos os outros direitos subjectivos perderiam todo o interesse para o indivíduo – o que equivale a dizer que, se eles não existissem, a pessoa não existiria como tal”.

A Operadora não se insurgiu na sua apelação contra a condenação por dano moral, a qual foi adequada, assim como o valor

da indenização fixado, não se justificando qualquer modificação .

Pelo exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao recurso da Operadora, majorando-se em 10% os honorários advocatícios fixados na sentença, nos termos do art. 85, § 11 do CPC, e **DÁ-SE PROVIMENTO EM PARTE** ao recurso do autor, para afastar a extinção em relação à Administradora de Benefícios, que deve ratear as custas e despesas do processo com a Operadora, bem como os honorários advocatícios fixados na sentença, sem a majoração devida pelo apelo da outra ré e sem condenação do autor em honorários por aplicação do Tema 1059 do STJ.

ALCIDES LEOPOLDO
Relator(a)
Assinatura Eletrônica