



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000317612

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1095093-27.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, é apelado DIVA KEIKO SUZUKI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente sem voto), CESAR MECCHI MORALES E COSTA NETTO.

São Paulo, 31 de março de 2025.

VITO GUGLIELMI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 65.024

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1095093-27.2024.8.26.0100

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
APELANTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL
APELADA : DIVA KEIKO SUZUKI
COMARCA : SÃO PAULO / CENTRAL – 28ª VARA CÍVEL

SEGURO. PLANO DE SAÚDE. COLETIVO EMPRESARIAL. FALECIMENTO DO TITULAR. CONCEDIDO PRAZO DE REMISSÃO DE QUATRO ANOS À CÔNJUGE SOBREVIVENTE. PRETENDIDA CONTINUIDADE DO CONTRATO, NOS MESMOS MOLDES ANTERIORMENTE VIGENTES, APÓS O TÉRMINO DO PERÍODO DE REMISSÃO. INADMISSIBILIDADE, EM TESE. EXISTÊNCIA DE CLÁUSULA EXPRESSA A VEDAR TAL POSSIBILIDADE. COMPROVAÇÃO, TODAVIA, DE QUE A DEMANDANTE SE ENCONTRA SUBMETIDA A TRATAMENTO DE DOENÇAS GRAVES, A ATRAIR A APLICAÇÃO DA NORMA INTERPRETADA PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA NO JULGAMENTO DE RECURSO ESPECIAL REPETITIVO (TEMA 1082), CONSISTENTE NA REGRA DE 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 ARQUE INTEGRALMENTE COM A CONTRAPRESTAÇÃO (MENSALIDADE) DEVIDA. MANUTENÇÃO DA PRESTAÇÃO DA COBERTURA ASSISTENCIAL, POIS, APLICÁVEL AO CASO EM EXAME. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.

1. Trata-se de recurso de apelação, tempestivo e bem processado, interposto contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer ajuizada por Diva Keiko Suzuki em face de Central Nacional Unimed – Cooperativa Central.

A autora sustenta que é beneficiária de plano de saúde prestado pela ré, na qualidade de dependente do titular, já falecido. Sustenta que, ocorrido o óbito, manteve a condição de beneficiária por quatro anos, em virtude do direito de remissão que lhe era contratualmente assegurado. Findo o prazo deste, diz que a requerida tem se negado a mantê-la como beneficiária, de maneira abusiva. Pugna, assim, a condenação da requerida na obrigação de fazer consistente em mantê-la como beneficiária do plano de saúde, por tempo indeterminado, mediante a integral assunção dos respectivos ônus financeiros.

O Juízo (fls. 192/195) considerou que, tendo o contrato estabelecido a prerrogativa de remissão em favor da beneficiária dependente do titular falecido, o estabelecimento de um prazo máximo para tal benefício se revela abusivo. Ponderou que tal limitação temporal não se coaduna com o quanto dispõe o art. 30 da Lei 9.656/98 e, aludindo inclusive à jurisprudência do STJ, considerou ilícita a previsão. Assim, julgou procedente a demanda.

Inconformada, a requerida apela (fls. 198/207), pleiteando a inversão do julgado. Diz que o falecimento do titular do plano, marido da autora, fez com que se extinguisse o vínculo contratual com a operadora, não se havendo que falar em continuidade. Salaria que a excepcional concessão da remissão à viúva, enquanto dependente do *de cujus*, serve à finalidade de proporcionar-lhe a oportunidade de buscar um novo plano de saúde – acrescentando, precisamente por tal razão, que a prerrogativa é concedida por prazo certo e predeterminado. Lembra, ainda, que a permanência no plano coletivo, enquanto titular, pressupõe uma vinculação pessoal com a entidade coletiva estipulante, o que não se verifica no caso da autora. Salaria, por fim, que mantê-la como titular do plano sem as condições pessoais de elegibilidade constitui irregularidade e equivaleria, em última análise, à comercialização, por via canhestra, de apólice individual em favor da autora. Aponta que não tem

autorização regulatória para tanto e que a manutenção do *decisum* poderá inclusive ensejar, em seu desfavor, a aplicação de sanções administrativas. Conclui pela reforma.

Processado o recurso (fl. 210), vieram aos autos contrarrazões (fls. 212/219).

É o relatório.

2. Sem sucesso o reclamo.

A matéria relativa às discussões acerca dos limites e responsabilidades dos planos de saúde – sejam aqueles de assistência médica, sejam os de seguro saúde propriamente ditos –, especialmente em relação aos contratos firmados anteriormente à edição da Lei nº. 9.656/98, que os regulamentou, mas também em relação àqueles celebrados já sob a sua vigência, tem sofrido, ao longo de sua interpretação, alguma divergência doutrinária, e significativa jurisprudencial.

De toda sorte, como sempre tenho me posicionado em casos que demandam o enfrentamento do tema, é preciso que se prestigie a autonomia da manifestação de vontade das partes no contrato, sob pena de, com base no Código de Proteção e Defesa do Consumidor, criar-se um verdadeiro direito não escrito e não pactuado, ao sabor das interpretações subjetivas das partes interessadas e do próprio Poder Judiciário.

O que não se pode deixar de reconhecer é que os planos de saúde – sejam, como dito, os de prestação de serviço, sejam os de seguro médico – são atividades econômicas exercidas por empresas, e que, portanto, buscam, como resultado dessa atividade, um lucro. Posta assim a questão, é certo que o contrato é tipicamente de seguro, não se veda o estabelecimento de cláusulas limitativas de responsabilidade. Até porque o prêmio pago guarda nítido cálculo atuarial em relação ao risco assumido.

O que não se deve permitir, *o que é bem diferente*, com base no Código do Consumidor, é apenas a presença de cláusulas dúbias, omissas ou abusivas. Limitar a responsabilidade em função do prêmio é o procedimento normal em qualquer contrato de seguro. Não impressionam, com todo o respeito que merecem, os argumentos de que se justapõem direitos

diversos (patrimônio e vida), e portanto, toda solução deve ser dirigida à parte, ao menos em princípio, hipossuficiente no contrato.

Planos de saúde existem vários e com as mais diversas coberturas. E, obviamente, cada qual tem seu preço.

Na medida em que, sob o apanágio do Código do Consumidor, se igualam, por força de decisões, os riscos assumidos, duas situações surgem, necessariamente. A primeira, direcionada à seguradora, a inviabilizar a atividade econômica. A segunda, direcionada a todos os consumidores, agravados no prêmio, pela verdadeira “socialização” dos prejuízos. Permite-se antever, sem dificuldade, que será mais cômodo optar pelos planos de menor prêmio e depois buscar o afastamento das limitações.

Ainda que moral ou eticamente sejam defensáveis alguns posicionamentos, com eles o direito, no mais das vezes, não se compadece. Na medida em que se despreza a autonomia da manifestação de vontade, cria-se a insegurança jurídica. E nada, no estado de direito, é mais grave. O Poder Judiciário não pode criar obrigações contratuais inexistentes. Pode – e deve – coibir o abuso do direito. Não o uso regular, dentro dos princípios constitucionais. Isso só se defere à própria lei.

É bem verdade que, no caso dos autos, nenhuma dúvida pode ter causado a cláusula específica, clara e explícita, que cuida das condições da cobertura de remissão por morte, estabelecendo que o benefício perdurará por prazo determinado, cessando a partir de seu decurso.

Assim, nada há de ilegal na comunicação da autora, pela requerida, a respeito do futuro término desse prazo e do respectivo cancelamento do plano, acaso não preenchidas – como no caso concreto – referidas condições de elegibilidade.

Nem se pode entender, como regra, presente a vulnerabilidade do consumidor. Ainda que isso seja possível, deve ser a situação analisada concretamente. Eventual presunção legal é circunstância bem diversa, e se refere à *prova* e não ao direito. Aliás, tem a jurisprudência, no que é seguida por este Relator (cf. a respeito: Ap. Cível nº. 633.129.4/4-00 da Capital) também pugnado pela validade dessas disposições. Confira-se, a propósito:

”Plano de saúde. Falecimento do titular.

Prorrogação, por 5 anos, sem o pagamento de prêmio, com o cônjuge sobrevivente. Oferta de nova apólice após o prazo de remissão. Cláusula expressa. Ausência de abusividade. Ausência de plausibilidade do pedido de prorrogação por prazo indeterminado. Recurso provido” (TJSP – Ag. Inst. n. 468.627-4/0 – São Paulo – 6ª Câmara de Direito Privado – Rel. Waldemar Nogueira Filho – j. 19.10.06).

“Plano de saúde. Falecimento do titular. Cobertura de remissão por morte. Prorrogação, por cinco anos, sem o pagamento do prêmio, com a cônjuge sobrevivente. Cláusula de oferta de nova apólice, mediante pagamento dos preços praticados no momento do novo ajuste, com manutenção das carências anteriormente cumpridas. Validade. Cláusula expressa e clara, redigida de forma a não deixar margem a dúvidas ou a interpretação ampliativa, ausente abusividade ou violação a qualquer dispositivo legal. Pretensão à manutenção da apólice, com adoção de valores de prêmios praticados ao tempo do primeiro ajuste, corrigidos monetariamente. Descabimento. Ação improcedente. Recurso provido” (TJSP – Ap. Cível n. 494.835-4/4 – Santo André - 1ª Câmara de Direito Privado – Rel. Guimarães e Souza – j. 18.09.07).

Na realidade, portanto, a autora pediu na inicial o reconhecimento a um direito (extensão por prazo indeterminado do período de remissão contratual) a que não faz jus, nos termos do contrato.

Nem se pode entender, como regra, presente a vulnerabilidade do consumidor. Ainda que isso seja possível, deve ser analisada concretamente. Eventual presunção legal é circunstância bem diversa, e se refere à *prova* e não ao direito.

No caso, determinar-se que a requerida prestasse a cobertura de riscos que não assumiu importaria em violar o contrato.

Não é vedado, legalmente, o estabelecimento de cláusulas restritivas, ao contrário do que se afirma. O que a jurisprudência tem orientado, bem ao contrário, é que as limitações não são admitidas apenas quando omissas no contrato ou duvidosas.

É a vontade das partes, validamente manifestada. Dizer que é “longa” ou “curta” é ilação subjetiva, sem suporte jurídico.

Todavia, a despeito do entendimento até então adotado por este relator – de que tal disposição restritiva seria lícita e, como já previamente conhecida, não teria ferido o princípio da boa-fé contratual –, é certo que a jurisprudência vem se orientando no sentido de considerar abusiva a rescisão unilateral do contrato quando algum dos beneficiários se encontrar em tratamento para enfermidade grave.

No sentido:

“AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. Cancelamento unilateral por iniciativa da operadora. Pendência de tratamento médico de doença grave. Vedação. Necessidade de continuidade da cobertura até a efetiva alta (tema 1082). Ausência de demonstração do desacerto da aplicação do entendimento estabelecido no E. STJ em julgamento repetitivo. Rescisão contratual entre a ex-empregadora e operadora de saúde. Ausência de questionamento no V. Acórdão recorrido. Inviabilidade de apreciação neste âmbito recursal. Decisão mantida. RECURSO DESPROVIDO, NA PARTE CONHECIDA. (TJSP; Agravo Interno Cível 1007295-57.2021.8.26.0577; Relator (a): Beretta da Silveira (Pres. da Seção de Direito Privado); Órgão Julgador: Câmara Especial de Presidentes; Foro de

São José dos Campos - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/03/2023; Data de Registro: 21/03/2023)

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Seguro saúde. Contrato coletivo empresarial. Pretensão de manter o vínculo na condição de esposa e dependente, em razão de doença grave autoimune e degenerativa diagnosticada antes do decurso de 24 meses da demissão do marido sem justa causa. Sentença de procedência. Apela a ré sustentando ilegitimidade passiva, litisconsórcio necessário com a empresa estipulante e inexistência de obrigação legal. Descabimento. Ilegitimidade passiva. Insubsistência. Autora é beneficiária da contratação. Pertinência da operadora do plano de saúde no polo passivo. Sumula 101 desta Corte. Litisconsórcio necessário com a estipulante. Insubsistência. Ausente obrigação ou prejuízo que possa impor sua integração à lide. Orientação do STJ. Impossibilidade de cancelamento do contrato coletivo no curso de tratamento de doença grave. STJ fixou a seguinte Tese no Tema Repetitivo 1082: "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". Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1009177-62.2021.8.26.0348; Relator (a): James Siano; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado;

Foro de Mauá - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/10/2022; Data de Registro: 19/10/2022).

Agravo de instrumento – Plano de saúde – Agravada portadora de grave doença e em tratamento – Rescisão unilateral do contrato – Inadmissibilidade – Entendimento do Superior Tribunal de Justiça – Recurso não provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2258036-85.2021.8.26.0000; Relator (a): Luis Mario Galbetti; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/01/2022; Data de Registro: 27/01/2022).

Além disso, e de igual maneira, assim decidi recentemente o c. Superior Tribunal de Justiça, no exame dos REsps n.º 1842751/SP e 1846123/SP (paradigmas do tema 1082/STJ):

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) o pai do menor aderiu, em

7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia 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, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor - à época, recém-nascido - é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor - dependente e titular - ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença - mantida pelo Tribunal de origem - condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o

acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se optar por aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido. (REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022.)

Assim sendo, diante das circunstâncias do caso em apreço, tendo sido comprovado que a demandante é portadora de enfermidades graves (angina *pectoris*, AVC, DPOC, dislipidemia) e que se encontra em regular tratamento (fls. 24/35); a fim de evitar o prolongamento da lide com a interposição de novos recursos; e levando em conta o interesse das partes, além do dever dos Tribunais de manter estável, íntegra e coerente a jurisprudência uniformizada (consoante se verifica dos artigos 926 e 927 do Código de Processo Civil), deve ser mantido o contrato em relação à demandante enquanto perdurarem os tratamentos, e desde que permaneça, naturalmente, a arcar com o valor integral de sua mensalidade.

Nada, pois, a alterar.

Com o resultado, majoram-se os honorários sucumbenciais a 11% do valor atualizado da causa, na forma do § 11 do art. 85 do CPC.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

3. Nestes termos, nega-se provimento ao recurso.

Vito Guglielmi

Relator