



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000324617

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1157276-68.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRADESCO SAÚDE S/A, é apelada ASUCENA HISAKO NAKAGOMI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª 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 DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente) E CÉSAR PEIXOTO.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

EDSON LUIZ DE QUEIROZ

Relator

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 42045
APELAÇÃO CÍVEL nº 1157276-68.2023.8.26.0100
APELANTE: BRADESCO SAÚDE S/A
APELADO: ASUCENA HISAKO NAKAGOMI
COMARCA: SÃO PAULO
JUIZ (A): MARCELO AUGUSTO OLIVEIRA

Direito Civil. Apelação. Plano de saúde coletivo. Contrato. Cancelamento. Paciente diagnosticado com doença grave. Tema 1082 STJ. Continuidade do contrato em caso de doença grave, mesmo após rescisão unilateral de plano coletivo.

Beneficiária de plano de saúde coletivo empresarial pleiteia a manutenção do plano para continuidade de tratamento de câncer, após cancelamento do contrato pela operadora por alegada fraude na inclusão de beneficiários.

A questão em discussão consiste em (i) se a operadora deve manter a cobertura do plano de saúde para a autora, que está em tratamento de doença grave, apesar do cancelamento do contrato coletivo.

A situação se enquadra na tese vinculante do STJ, tema 1082, que assegura a continuidade dos cuidados assistenciais em casos de doença grave, mesmo após rescisão unilateral do plano coletivo.

A manutenção do plano é necessária para preservar a saúde e a vida da autora, sem prejuízo à operadora, que será remunerada pelas mensalidades pagas diretamente pela autora.

Tese de julgamento: 1. A operadora deve assegurar a continuidade do tratamento em casos de doença grave, mesmo após rescisão do plano coletivo. 2. A manutenção do plano é justificada pela função social do contrato e pela dignidade da pessoa humana.

Legislação Citada:

Lei 9656/98, art. 13, III;

Código de Defesa do Consumidor, art. 51.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp 1842751 RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 22.06.2022;

TJ/SP, Apelação 362 868-4/6, 4ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Maia da Cunha, j. 28.06.2005.

Recurso improvido.

Vistos.

Trata-se de movida por beneficiária em face de operadora de plano de saúde, pela qual a autora pleiteia evitar o cancelamento do plano, tendo em vista que realiza tratamento para doença grave.

Em Primeiro Grau, a demanda foi julgada procedente, para condenar a ré a manter o plano de saúde da autora, sob as mesmas condições do contrato, mediante o pagamento das mensalidades correspondentes pela autora.

Apela a ré, alegando que o contrato do qual a autora era beneficiária foi extinto, porque não comprovado vínculo de emprego de alguns beneficiários, dentre eles, a autora.

Diz que o cancelamento foi regular, com amparo em cláusula contratual e na RN 195 da ANS. Além disso, afirma que a lei 9656/98 admite o cancelamento da apólice, caso a estipulante descumpra as cláusulas contratuais (art 13, parágrafo único).

A apelante insiste que o cancelamento não foi abusivo, nem viola os direitos do consumidor. Invoca o art. 51 do Código de Defesa do Consumidor.

Prossegue a apelante dizendo que é impossível transferir a autora para contratual individual ou familiar, pois não comercializa essas modalidades. Porém, insiste que a autora poderia se valer da portabilidade de carências para contratar com outra operadora. Cita julgados do Superior Tribunal de Justiça.

O recurso foi regularmente processado, com oferecimento de contrarrazões.

É o relatório do essencial.

É dos autos que a autora figurava como beneficiária de plano de saúde coletivo empresarial, que foi cancelado por iniciativa da operadora, após constatação de fraude da estipulante na inclusão de beneficiários (fls. 40/44).

Quando o plano foi cancelado, a autora estava em tratamento para câncer estágio IV metastático (fls. 35/39). Pleiteia manutenção da cobertura, com pagamento direto das mensalidades, a fim de que o tratamento não seja interrompido.

Já a ré insiste na regularidade do cancelamento do contrato coletivo.

No entanto, esse não é o objeto da demanda. Não se discute a regularidade do cancelamento do contrato coletivo; mas sim o direito da autora, individualmente, à continuidade da cobertura do plano, em razão de doença grave.

Essa situação amolda-se exatamente à tese vinculante do

Superior Tribunal de Justiça, tema 1082 dos recursos repetitivos, ensejando a procedência da demanda. Vejamos:

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.**

(REsp 1842751 RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022)

(REsp 1846123 SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022)

O contrato objeto da lide é coletivo empresarial, pois enquadra-se na definição prevista na Resolução ANS 195/09, art. 5º *"plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária"*.

A rescisão de contratos coletivos é regulamentada pela Resolução CONSU nº 19, publicada pelo Conselho de Saúde Suplementar em 25 de março de 1999, que assim dispõe:

“Artigo 1º. As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. (...)”

Artigo 3º. Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.”

Como também pela resolução 195, da ANS, que assim estipula:

Art. 17 As condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato celebrado entre as partes.

Em suma, as condições de cancelamento devem estar previstas em contrato e a operadora deve ofertar aos beneficiários migração para contratos individuais, sem exigência de novos prazos de carência.

As normas regulamentares vieram equilibrar os interesses das partes envolvidas no contrato, de modo que a liberdade de contratar da operadora fosse exercida com vistas à preservar a função social do contrato e a dignidade do beneficiário, parte hipossuficiente na relação.

Ocorre que as normas não previram situação em que houvesse beneficiários em tratamento de saúde e a operadora não disponibilizasse planos individuais.

Nesse contexto fático, se interpretadas as normas restritivamente, haveria o rompimento imediato da cobertura de serviços médicos prestados aos beneficiários e interrupção de seu tratamento. Teriam de buscar tratamento na rede pública, ou nova cobertura privada, com mudança de médicos e rede credenciada. Ou seja, o cancelamento do contrato contribuiria para agravar a condição de saúde dos beneficiários.

Em casos como o dos autos, deve prevalecer o direito à saúde. Cumpre destacar os quatro princípios que regem a teoria contratual contemporânea, à vista do disposto no artigo 421 do Código Civil de 2002: autonomia privada, boa-fé, justiça contratual e função social do contrato.

A respeito da função social dos planos de saúde, em julgado

desta Corte de Justiça, prevaleceu o entendimento de que: *quem pretende exercer a prestação de serviços de saúde deve estar consciente de que o seu legítimo direito ao lucro disso decorrente há de ser exercido em consonância com os valores de proteção da vida humana saudável, fim ao qual se subordina a própria ordem econômica. (cf. Voto Vencedor, proferido na Apelação Cível nº 282.895.1/5).*

Ainda nesse sentido, tem cabimento aplicação analógica o disposto no art. 13, III, da lei 9656/98, ensejando a manutenção do contrato para preservar bem maior, qual seja, a vida e a saúde dos beneficiários:

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.

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, **durante a ocorrência de internação do titular.**

Nada obstante tratar-se de contrato coletivo, firmado entre pessoas jurídicas, a contratação objetiva atender a pessoas físicas, individualmente.

Nos contratos coletivos o beneficiário final é o consumidor, tal qual nos contratos individuais ou familiares. A interpretação restritiva dá ensejo a abusos que feririam gravemente o direito dos conveniados, que, quando menos esperassem, enfermos ou não, estariam sem nenhuma assistência médica. Recurso improvido. TJ/SP, Apelação 362 868-4/6, 4ª Câmara de Direito Privado, Des. Rel. Maia da Cunha, j. em 28 06 2005.

Em suma, a ré deve manter a cobertura médica em favor da autora, a fim de salvaguardar o direito à vida.

Por outro lado, não haverá qualquer prejuízo à operadora, pois será remunerada pelas mensalidades, que serão pagas diretamente pela autora.

Nessas condições, a r. sentença deve ser mantida por seus próprios e jurídicos fundamentos.

Em decorrência do disposto no art. 85, §11, CPC/2015, a verba honorária é majorada para 20% do valor atualizado da causa.

Finalizando, as demais questões arguidas pelas partes ficam prejudicadas, segundo orientação do Superior Tribunal de Justiça, perfilhada pela Ministra Diva Malerbi, no julgamento dos EDcl no MS 21.315/DF, proferido em 08/06/2016, já na vigência CPC/2015: *"o julgador não está obrigado a responder a todas as questões suscitadas pelas partes, quando já tenha encontrado motivo suficiente para proferir a decisão (...), sendo dever do julgador apenas enfrentar as questões capazes de infirmar a conclusão adotada na decisão recorrida".*

Na hipótese de apresentação de embargos de declaração



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

contra o presente Acórdão, ficam as partes intimadas a se manifestar, no próprio recurso, a respeito de eventual oposição ao julgamento virtual, nos termos do art. 1º da Resolução n.º 549/2011, com a redação alterada pela Resolução nº 772/2017 do Órgão Especial deste E. Tribunal de Justiça, entendendo-se o silêncio como concordância.

Pelo exposto, nega-se provimento ao recurso.

EDSON LUIZ DE QUEIROZ

RELATOR

(documento assinado digitalmente)