



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000326748

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2384953-47.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é agravado JBS INSPEÇÃO E ENSAIOS LTDA.

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 sem voto), ALEXANDRE LAZZARINI E EDSON LUIZ DE QUEIROZ.

São Paulo, 2 de abril de 2025.

GALDINO TOLEDO JÚNIOR

Relator

Assinatura Eletrônica

Agravo de Instrumento nº 2384953-47.2024.8.26.0000

Comarca: São Paulo

Agravante: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Agravado: Jbs Inspeção e Ensaios Ltda

Voto nº 42.247

PLANO DE SAÚDE - Ação de obrigação de fazer - Tutela provisória deferida para impor à ré a manutenção do contrato de plano de saúde de 132 beneficiários - Cabimento - Requisitos do art. 300, CPC, evidenciados - Validade da rescisão do contrato que merece ser bem analisada no curso do feito - Beneficiários que passam por tratamento de doença grave - Aplicação do art. 13, da Lei 9.656/98 e Tema 1082, STJ - Risco de grave dano igualmente verificado - Agravo desprovido.

1. Cuida-se de agravo de instrumento tirado de decisão que, em ação de obrigação de fazer, deferiu pedido de tutela provisória, determinando à ré que “no prazo de cinco dias, esclareça e comprove, cabalmente, a razão que efetivamente levou à rescisão imediata (notificação no dia 18/11/2024 informando que a partir do mesmo dia o contrato estaria rescindido). Vindo aos autos ditos esclarecimentos, vista à parte autora para manifestação em 48 horas e, após, imediatamente cls. Não vindo os esclarecimentos, fica deferida a liminar para determinar à ré que mantenha o contrato nos moldes em que vigia até o dia 18/11/2024, sob pena de não o fazendo arcar com os custos de atendimentos dos segurados, de modo particular, mediante bloqueio direto em conta”.

Sustenta a agravante, em síntese, que a inclusão de beneficiários que não compõem o quadro de funcionários na empresa ao contrato constitui fraude, cometida pela empresa, o que autoriza a rescisão motivada do contrato, de acordo com expressa cláusula contratual. Diz que, nos termos do art. 167 do CC, a consequência da simulação é a nulidade do negócio jurídico, evidentemente em vista das inclusões de beneficiários que não possuem vínculo empregatício junto a empresa estipulante do contrato, e que a Resolução Normativa 557/2022 da ANS também é expressa ao autorizar a exclusão da assistência na hipótese de fraude. Acrescente a ausência de prova quanto ao autor estar sob tratamento de doença grave e a não incidência do Tema 1082, STJ, além da ausência do requisito do periculum in mora. Pede a concessão de liminar e o final provimento do reclamo para que seja revogada a decisão.

Recurso regularmente processado, indeferido o pedido liminar (fls.82/84). Dispensadas informações. Contraminutas às fls.88/95

2. Na esteira da decisão liminarmente proferida, não comporta acolhida o reclamo.

Com efeito, merece melhor investigação a validade da rescisão unilateral do contrato com a alegada fraude, bem como a pronta interrupção dos serviços prestados, pois coloca

os segurados em clara desvantagem, já que ao firmarem contratos de seguro as partes levam em conta a sua durabilidade, e daí decorrem naturais e lícitas vantagens àqueles que detêm contratos por certo lapso temporal, como é sabido, o período de carência, determinadas coberturas e até a minimização do risco.

Sendo assim, ainda que se defenda a inaplicabilidade do artigo 13 da Lei 9.656/90, para os planos coletivos, é certo que a boa-fé que deve nortear não só a contratação, mas a própria execução da avença recomenda aplicação analógica do parágrafo segundo daquele dispositivo de lei. Além disso, os precedentes trazidos no Tema 1082, do STJ, que impedem a rescisão da avença, ainda que coletiva, em casos de doença grave, como é o caso dos autos.

Eis os termos da tese firmada pelo Tribunal Superior: *“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”*.

Outrossim, independentemente das cláusulas avençadas a proteção ao adquirente de plano de saúde deve ser ampla a ponto de garantir o efetivo e integral amparo de

sua integridade física e psíquica, sob pena de ser negar validade ao próprio objetivo do contrato, que é propiciar ao consumidor tranquilidade no que diz respeito à assistência médico-hospitalar.

Evidente, ademais, o risco de grave dano com a suspensão do contrato, observando as vidas assistidas, como a de Gabrielly Viana Serruya e Edinaldo de Lima Silva que passam por tratamento médico conforme apontado na inicial às fls. 03/04 da origem, e a razoabilidade dos fundamentos torna cabível a concessão do pleito, ao menos nesta fase inicial do feito.

De se anotar que o interesse da postulante é para a continuidade do contrato para que seja mantido os tratamentos ao qual se submetem os 132 beneficiários do plano de saúde, enquanto o da agravante é meramente patrimonial, sendo aquele bem mais valioso.

Por essas razões, mantém-se a decisão combatida.

3. Ante o exposto, meu voto nega provimento ao recurso.

Galdino Toledo Júnior
Relator