



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000330852

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1081477-19.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é parte recorrente Central Nacional Unimed - Cooperativa Central, é a parte recorrida Cleidiane de Jesus Santos.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 10ª Câmara de Direito Privado, 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: JAIR DE SOUZA (Presidente), ELCIO TRUJILLO E COELHO MENDES.

São Paulo, 3 de abril de 2025.

JAIR DE SOUZA
Relator
Assinatura Eletrônica

Voto nº: 23312

Apelação nº: 1081477-19.2023.8.26.0100

Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado

Comarca de origem: São Paulo

Foro de origem: Foro Central Cível

Vara de origem: 33ª Vara Cível

Juiz(a) de origem: Douglas Iecco Ravacci

Recorrente: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Recorrido(a): Cleidiane de Jesus Santos

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Manutenção. Insurgência em face da r. sentença que condenou a operadora a manter o plano de saúde. Modalidade coletivo. Autor portador de TEA (espectro autista). Alegações da operadora de legalidade da rescisão após o prazo de 12 meses, possibilidade de cancelamento unilateral sem motivo, aplicação subsidiária do CDC, assim como o respeito ao mutualismo. Descabimento. Pretensão de continuidade do plano de saúde, vez que o autor ainda se encontra em tratamento médico. Aplicabilidade do CDC. Abusividade na rescisão detectada, ferindo a boa-fé contratual e a função social do contrato. Peculiaridades do caso concreto que autorizam a sua manutenção. Característica peculiar do contrato em tela (atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar – apenas 2 beneficiários). Ausência de prejuízo à operadora. Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO DESPROVIDO.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 182/185, que julgou procedente o pedido formulado pela parte então autora, consistente, em síntese, na obrigação de fazer com pedido de antecipação de tutela, em razão de rescisão imotivada de plano de saúde.

R. sentença cujo dispositivo se colaciona a seguir:

"(...) Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE a presente Ação Declaratória de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela Antecipada de Urgência, ajuizada por Cleidiane de Jesus Santos, para o fim de confirmar a tutela de urgência anteriormente concedida, determinando o reestabelecimento do plano de saúde da autora e de seu filho, nas mesmas condições anteriores ao cancelamento, vedada qualquer tentativa de rescisão unilateral sem motivação idônea. Declaro a nulidade da rescisão contratual, uma vez que esta ocorreu de forma unilateral e imotivada, sem atender aos requisitos legais e regulamentares aplicáveis aos contratos de plano de saúde familiar. Condeno a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, que fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, nos termos do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil (CPC). P.R.I."

No presente instante, inconformada, a parte recorrente-requerida suscita:

i) a aplicação subsidiária do CDC aos contratos de planos de saúde (artigo 35-G da Lei n. 9.656/98); ii) a teoria do diálogo das normas jurídicas e a necessidade de interpretação razoável das normas aplicáveis; iii) a possibilidade de cancelamento unilateral do contrato (artigo 23 da RN nº 557 da ANS c/c Anexo I da RN nº 509/2022 c/c artigo 421 do Código Civil; iv) a liberdade contratual e a impossibilidade de manutenção de vínculo à mercê da vontade autoral, permitido nos contratos empresariais e por adesão, como no caso em tela; v) que os requisitos para tanto foram respeitados: vigência do período de 12 meses e mediante a prévia notificação do usuário com antecedência mínima de 60 dias; vi) o respeito ao mutualismo, em razão da natureza do contrato de plano de saúde (seguro).

Recurso tempestivo e com preparo (fls. 203/204).

Contrarrazões às fls. 223/226, onde aduz que a apelante confessou que promoveu SELEÇÃO DE RISCO, o que é vedado pela Súmula 27 da ANS e o art. 14 da Lei dos Planos de Saúde (menor com autismo). Afirma ainda que a aplicação da regra dos planos individuais e familiares permite à família a manutenção da apólice, não vulnera os consumidores, permitindo a proteção aos hipossuficientes, ainda mais porque inexistente razão jurídica para que o contrato seja cancelado. Requer a manutenção da r. sentença em seus termos.

Parecer da D. Procuradoria Geral de Justiça (fls. 238/242), pelo DESPROVIMENTO do recurso.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

O recurso está formalmente em ordem.

É o relatório.

O recurso merece **DESPROVIMENTO**.

A r. sentença apelada deve ser mantida.

Pois bem. No mérito, a aplicabilidade do diploma consumerista ao caso concreto é inconteste, sendo pertinente apegar-se aos termos da súmula 608 do C. STJ (que de maneira sucinta e objetiva dispara):

“Súmula 608: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”

E tratando-se de menor impúbere (5 anos – fls. 12), não se pode perder de vista também o que dispõe o art. 3º, da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), que lhe assegura todas as oportunidades e facilidades para proporcionar-lhe o desenvolvimento físico, mental e social (verbis):

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

No mérito, em que pese a argumentação da parte apelante, a r. sentença demonstra-se suficientemente fundamentada, aqui também parcialmente adotada como razão de decidir, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP.

Na Seção de Direito Privado desta Corte, o art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP tem sido reiteradamente utilizado por esta Câmara, que prevê em seu texto a possibilidade de ratificação dos fundamentos da decisão recorrida, em que possui motivação suficiente, conforme segue:

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Art. 252. Nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la, apreciando, se houver, os demais argumentos recursais capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada no julgamento.

Aliás, este dispositivo regimental tem sido aplicado para dar concretude à garantia constitucional da tutela jurisdicional célere, previsto no art. 5º, LXXVIII, da CF.

Ademais, o C. STJ tem prestigiado este entendimento ao reconhecer a possibilidade da ratificação do juízo de valor firmado em sentença, transcrevendo-a em acórdão. (REsp nº 662.272-RS, 2ª Turma, Rei.Min. João Otávio de Noronha, j . de 4.9.2007; REsp nº 641.963-ES, 2ª Turma, Rei. Min. Castro Meira, j . de 21.11.2005; REsp nº 592.092-AL, 2ª Turma, Rei. Min. Eliana Calmon, j . 17.12.2004 e REsp nº 265.534- DF, 4ª Turma, Rei. Min. Fernando Gonçalves, j de 1.12.2003).

Desta feita, deve ser ressaltado o seguinte trecho da r. sentença, em que demonstra-se suficientemente motivada acerca das alegações da recorrente:

"(...) Ficou incontroverso que a autora contratou um plano de saúde coletivo empresarial, o qual foi posteriormente cancelado de forma unilateral e imotivada, conforme alegação da ré. Embora a legislação permita a rescisão unilateral de contratos coletivos empresariais, a peculiaridade deste caso é que o contrato em questão abrange um número reduzido de beneficiários, todos membros de uma mesma família, o que caracteriza o contrato como um falso coletivo. Em outras palavras, trata-se de um plano familiar disfarçado de empresarial, uma prática comum no mercado de saúde suplementar. Nesse sentido, a vedação à rescisão unilateral prevista pelo art. 13, inciso II, da Lei nº 9.656/98 deve ser aplicada aos contratos de planos de saúde individuais e familiares, sendo que, para pequenos grupos familiares, a rescisão imotivada é abusiva. Nesse caso, a cláusula que autoriza a rescisão unilateral, sem justificativa, não pode ser

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

considerada válida, uma vez que a autora contratou o plano para si e sua família, e o número de beneficiários é inferior a 30 vidas. Assim, o contrato em questão deve ser tratado de forma semelhante aos planos familiares, e qualquer rescisão unilateral exige motivação idônea, o que não ocorreu no presente caso. A autora e seu filho estão em situação de vulnerabilidade, sendo que o menor necessita de tratamento contínuo para o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde, neste caso, configura uma prática abusiva, violando os direitos garantidos pelo Código de Defesa do Consumidor. A conduta da ré ao cancelar o contrato, sem fornecer qualquer motivação clara e adequada, coloca a autora e seu filho em situação de desamparo, especialmente diante da necessidade de cuidados médicos regulares. Ademais, a portabilidade de carências mencionada pela ré, embora prevista na legislação, não é suficiente para afastar a responsabilidade pela continuidade do contrato, uma vez que a rescisão não foi justificada de forma idônea.”

De outra feita, como bem consignado pela r. sentença, não é possível a rescisão imotivada, de modo que a rescisão repentina se tornou mais um obstáculo à continuidade de seu tratamento. Além disso, tal contratação, com apenas um beneficiário, não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários, não havendo que se falar em violação ao art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98.

Assim também entende o C. STJ a respeito, em caso símile:

“DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANOS DE SAÚDE. REGIME DE CONTRATAÇÃO. COLETIVO. POPULAÇÃO VINCULADA À PESSOA JURÍDICA. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL. DOIS BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. DIRIGISMO CONTRATUAL. CONFRONTO ENTRE PROBLEMAS. ANALOGIA. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SIMILITUDE FÁTICA. AUSÊNCIA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA RECURSAL. MAJORAÇÃO. (...) 3. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa 195/09, definiu que: i) o plano de saúde individual ou familiar é aquele que

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ii) o plano coletivo empresarial é delimitado à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e iii) o plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial. 4. **A contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários.** 5. **Não se verifica a violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98 pelo Tribunal de origem, pois a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar.** 6. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários recursais.” (grifamos) (STJ, 3ª Turma, REsp 1.701.600-SP, Rel. Min. Nancy Andrichi, j. em 06/03/2018); "

Igualmente, a jurisprudência deste E. TJSP, em caso símile:

“Apelação. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência. Sentença de procedência, que não comporta modificação. Contrato coletivo empresarial com apenas quatro vidas - caracterização de "falso coletivo". Plano de saúde que por sua natureza é equiparado a individual/familiar. Rescisão unilateral e imotivada do contrato por iniciativa da operadora de saúde sem a imposição de novos prazos de carência. Impossibilidade. Contrato com menos de 30 beneficiários gera a obrigatoriedade de motivação da rescisão. Precedentes deste Eg. Tribunal de Justiça. Entendimento do C. STJ. Manutenção do plano que era de rigor. Sentença mantida. Recurso desprovido.” (TJSP; Apelação Cível 1110831-89.2023.8.26.0100; Relator (a): Coelho Mendes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 29ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/07/2024; Data de Registro: 17/07/2024)

Assim, diante da acertada decisão de primeiro grau, conclui-se que **a sentença não merece qualquer reparo.**

Destarte, o recurso de apelação deve ser DESPROVIDO, mantendo-se a r. sentença apelada pelos seus próprios fundamentos e pelos ora acrescentados.

Portanto, no tocante aos honorários advocatícios sucumbenciais, cabível a sua majoração, nos termos do art. 85, §11, do CPC, vez que arbitrados em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, majorados em 13% deste referencial, em razão do trabalho realizado em grau recursal.

Por último, de forma a evitar a oposição de embargos de declaração destinados meramente ao prequestionamento e de modo a viabilizar o acesso às vias extraordinária e especial, considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional suscitada nos autos, uma vez que apreciadas as questões relacionadas à controvérsia por este Colegiado, ainda que não tenha ocorrido a individualização de cada um dos argumentos ou dispositivos legais invocados, cenário ademais incapaz de negativamente influir na conclusão adotada, competindo às partes observar o disposto no artigo 1.026, §2º do CPC.

Diante do exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

JAIR DE SOUZA

Relator

(assinatura eletrônica)