



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000338250

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2061146-37.2025.8.26.0000, da Comarca de Araraquara, em que é agravante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é agravado JOSÉ FRANÇA FILHO.

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, 4 de abril de 2025.

VITO GUGLIELMI
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 65.116

AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 2061146-37.2025.8.26.0000

RELATOR : DESEMBARGADOR VITO GUGLIELMI
AGRAVANTE : CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL
AGRAVADO : JOSÉ FRANÇA FILHO
COMARCA : ARARAQUARA – 1ª VARA CÍVEL

PLANO DE SAÚDE COLETIVO. TUTELA DE URGÊNCIA. RESCISÃO CONTRATUAL DO PLANO DE SAÚDE. NOTIFICAÇÃO AO BENEFICIÁRIO DE CANCELAMENTO DA APÓLICE. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA PARA MANUTENÇÃO DA COBERTURA DE TRATAMENTO MÉDICO AO DEMANDANTE, PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA QUE, EM SEDE DE RECURSO ESPECIAL REPETITIVO (TEMA 1082/STJ) DECIDIU 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 (MENSALIDADE) DEVIDA. COBERTURA DO TRATAMENTO MÉDICO DE QUE NECESSITA O BENEFICIÁRIO DEVIDA, MESMO APÓS A DATA-LIMITE PARA A CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO. VALOR DA MULTA DIÁRIA FIXADA, ADEMAIS, QUE NÃO SE REVELOU EXCESSIVO. DECISÃO MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO.

1. Trata-se de agravo de instrumento interposto em ação

de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais, contra decisão interlocutória que concedeu tutela de urgência para determinar o restabelecimento do contrato de prestação de serviços à saúde de que é beneficiário o autor, uma vez que ele se encontra em tratamento médico, em observância ao Tema 1082 do STJ.

A agravante pugna a revogação da medida. Diz, no sentido, que não existe óbice para o cancelamento do contrato, na medida em foram observadas todas as estipulações contratuais a respeito. Subsidiariamente, argumenta que a multa cominatória arbitrada para a hipótese de descumprimento da determinação, se revela excessiva, e pretende sua redução proporcional. Menciona jurisprudência a seu favor. Conclui pela reforma.

O pedido de concessão dos efeitos ativo e suspensivo foi indeferido (fls. 197/198).

Processado o recurso, sobreveio a contraminuta (fl. 202).

É o relatório.

2. Cuida-se de recurso de agravo de instrumento interposto em ação de obrigação de fazer ajuizada em face de operadora de plano de saúde, contra decisão que concedeu tutela de urgência para determinar o restabelecimento do contrato de prestação de serviços à saúde de que o autor é beneficiário, uma vez que o mesmo se encontra em tratamento médico, em observância ao Tema 1082 do STJ.

Sem sucesso o reclamo.

Decidiu o c. Superior Tribunal de Justiça, no exame dos RESPs n.º 1842751/SP e 1846123/SP, paradigmas do tema 1082/STJ, que:

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 cláusula 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.)

Consta dos autos que o agravado é beneficiário do plano de saúde operado pela ré (fls. 12/13 dos autos originários).

Em 26 de novembro de 2024, ele recebeu o aviso prévio de cancelamento da apólice que constava que o benefício seria cancelado dentro de sessenta dias (fls. 14/15 dos autos originários).

Sucedee, todavia, que o beneficiário demonstrou estar em tratamento para neoplasia maligna de próstata, como se depreende dos relatórios médicos de fls. 30/40 dos autos principais.

Melhor, portanto, manter a decisão tal como proferida para manutenção da cobertura ao beneficiário, com a continuação do tratamento

de que necessita até que a sentença seja proferida.

No que se refere à multa, tampouco se colhe motivo para qualquer reforma.

Como venho sempre salientando, (cf., p.ex., o AI n.º 2066957-17.2021.8.26.0000 da Comarca de São Paulo, j. em 29.4.2021), *“a multa cominatória não deve servir ao enriquecimento sem causa do requerente, visto que, como explica C. SCARPINELLA BUENO (in A. C. MARCATO (coord.), Código de Processo Civil Interpretado, 3ª Ed., São Paulo, Atlas, 2008, p. 1474), a multa cominatória 'não tem caráter compensatório, indenizatório ou sancionatório', mas sim, meramente 'intimidatório, para conseguir, do próprio réu, o específico comportamento (ou a abstenção) pretendido pelo autor e determinado pelo magistrado’*”.

Redunda dizer, inclusive, que se a multa diária tem finalidade *intimidatória*, servindo como mecanismo de coerção para compelir a agravante ao cumprimento da obrigação, o longo período de desídia e de inércia da agravante quanto à determinação exarada em 28.1.2025 (fls. 60/63 dos autos de origem) levou o Magistrado a antever a insuficiência do valor arbitrado, e não o contrário, de sorte que inclusive majorou, supervenientemente, o *quantum* diário para R\$ 4.000,00, no bojo de nova decisão, proferida em 25.2.2023 (fls. 85/86 dos autos de origem).

Daí porque não se há que falar em inadequação ou desproporcionalidade daquele montante inicialmente arbitrado, no bojo da r. decisão aqui recorrida.

Nada, em resumo, a alterar.

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

Vito Guglielmi

Relator