



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000342277

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1080296-46.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SAMI ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA, é apelado MB3 ENGENHARIA E CONSTRUÇÕES LTDA,.

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), DÉBORA BRANDÃO E MARIA DO CARMO HONÓRIO.

São Paulo, 7 de abril de 2025.

RAMON MATEO JÚNIOR

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto nº 35206

Apelação nº 1080296-46.2024.8.26.0100

Apelante: Sami Assistência Médica Ltda.

Apelada: MB3 Engenharia e Construções Ltda.

Comarca: São Paulo (Foro Central Cível – 24ª VC)

Magistrada sentenciante: Tamara Hochgreb Matos

Apelação - Plano de saúde – Cancelamento do plano - Ação de obrigação de fazer com pedido de tutela antecipada de urgência – Contrato celebrado por empresa com 25 funcionários – Beneficiários que apresentam doenças em tratamento - Sentença de procedência – Insurgência da ré - Cancelamento unilateral vedado - Beneficiários em tratamento médico, sem previsão de alta - Aplicação do art. 13, par. único, III, da Lei n. 9.656/98 extensível aos contratos coletivos por adesão e a teor do entendimento exarado pelo Superior Tribunal de Justiça sob rito dos recursos repetitivos (Tema 1082) - Necessário restabelecimento do plano de saúde até a efetiva alta, mediante o pagamento integral da mensalidade – Sentença mantida - Recurso desprovido.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 338/344, cujo relatório se adota, que julgou procedente a presente ação, nos seguintes termos:

“Ante o exposto e pelo mais que dos autos consta, julgo PROCEDENTES os pedidos da ação para confirmar a tutela de urgência concedida a fls.135/137, e determinar à ré que mantenha vigente o contrato de assistência de saúde coletivo empresarial firmado com a autora como empresa estipulante, mantendo-se o plano na forma em que originalmente contratado e vigente até então, inclusive quanto à forma de pagamento, nos termos do que foi avençado entre as partes.

Vencida, arcará a ré com o pagamento de custas, despesas processuais e honorários advocatícios da autora, que arbitro em 10% do valor da causa.”

Recorre a ré, sustentando a licitude do cancelamento do plano de saúde, porquanto fundamentado em cláusulas contratuais. Afirma que não se trata

de um contrato híbrido, com natureza familiar ou individual, mas sim um contrato coletivo empresarial firmado entre duas pessoas jurídicas.

Ademais, alega que não tem autorização da ANS para a comercialização de planos de caráter individual ou familiar, o que impede a análise do contrato empresarial como se fosse um contrato individual/familiar.

Além disso, aduz que há 25 vidas constantes no contrato empresarial, afastando o caráter individual/familiar, em decorrência da quantidade de vidas.

Assevera, ainda, que notificou previamente à autora, com antecedência de 60 dias, a respeito da rescisão contratual e possibilidade portabilidade de carência para outra operadora de plano de saúde.

Argumenta que nenhum dos beneficiários se encontra em internação hospitalar ou tratamento imprescindível para própria sobrevivência ou incolumidade física.

Requer, assim, a improcedência dos pedidos iniciais, reconhecendo-se a legalidade da cláusula contratual de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde.

Recurso tempestivo, preparado e respondido.

A D. Procuradoria de Justiça manifestou-se nos autos, opinando pelo desprovimento do recurso (fls. 451/455).

É o relatório.

O recurso não comporta provimento.

Depreende-se dos autos de que o plano coletivo contratado pela autora, pessoa jurídica, foi cancelado pela operadora de plano de saúde, sem motivo algum. Portanto, houve rescisão unilateral do contrato, embora alguns beneficiários e funcionários da autora, bem como seus dependentes estivessem em tratamento médico.

Com efeito, o beneficiário e menor Henry Lima dos Santos, portador de grave doença, necessita de assistência 24 horas, com *home care*; o beneficiário Norivaldo Camargo tem cervicobraquialgia crônica, com indicação de procedimento cirúrgico, bem como radiculopatia cervical crônica e síndrome do túnel do carpo e a beneficiária Fabiana Trindade apresenta gestação de risco (fls. 2/4).

Nesse contexto, independentemente da discussão acerca da regularidade ou não do cancelamento do plano entre a estipulante e a operadora do plano de saúde, tal situação afasta, por ora, a possibilidade de rescisão do plano de saúde, pela aplicação analógica da regra dos artigos 13, parágrafo único, inciso III e 35-E, inciso IV, todos da Lei nº 9.656/98, que assim dispõem:

"Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e § 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.

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

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

"Art. 35-E. A partir de 5 de junho de 1998, fica estabelecido para os contratos celebrados anteriormente à data de vigência desta Lei que:

(...) IV - é vedada a interrupção de internação hospitalar em leito clínico, cirúrgico ou em centro de terapia intensiva ou similar, salvo a critério do médico assistente.

Tais comandos visam não colocar o beneficiário do seguro em posição de extrema desvantagem, sendo surpreendido com a abrupta ruptura da cobertura securitária em momento de extrema fragilidade (internação) ou em que há necessidade de tratamento contínuo de doença grave, o que ocorre no caso em apreço.

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ), sob o rito dos recursos especiais repetitivos, decidiu que os planos de saúde coletivos não podem ser cancelados, de forma unilateral, enquanto o paciente estiver em tratamento de doença grave (Tema 1.082):

“A operadora, mesmo após exercício regular do direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos ao 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”.

Confira-se:

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. (STJ - REsp: 1842751 RS 2019/0145595-3, Data de Julgamento: 22/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 01/08/2022)

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) a autora aderiu, em 1º.12.2012, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual o seu empregador era estipulante; (ii) no aludido 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 em 14.12.2016, indicando o cancelamento da apólice em 28.2.2017; (iv) desde 2016, a usuária encontrava-se afastada do trabalho para tratamento médico de câncer de mama, o que ensejou notificação extrajudicial - encaminhada pelo estipulante à operadora em 11.1.2017 - pleiteando a manutenção do seguro-saúde até a alta médica; (v) tendo em vista a recusa da ré, a autora ajuizou a presente ação postulando a sua migração para plano de saúde individual; (vi) desde a contestação, a ré aponta que não comercializa tal modalidade contratual; e (vii) em 4.4.2017, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pelo magistrado de piso - confirmada na sentença e pelo Tribunal de origem - determinando que "a ré mantenha em vigor o contrato com a autora, nas mesmas condições contratadas pelo estipulante, ou restabeleça o contrato, se já rescindido, por prazo indeterminado ou até decisão em contrário deste juízo, garantindo integral cobertura de tratamento à moléstia que acomete a autora" (fls. 29-33). 6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual a fim de se afastar a obrigatoriedade de oferecimento do plano de saúde individual substitutivo do coletivo extinto, mantendo-se, contudo, a determinação de continuidade de cobertura financeira do tratamento médico do câncer de mama - porventura em andamento -, ressalvada a ocorrência de efetiva portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo atual empregador. 7. Recurso especial parcialmente provido. (STJ - REsp: 1846123 SP 2019/0201432-5, Data de Julgamento: 22/06/2022, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data

de Publicação: DJe 01/08/2022)

No mesmo sentido é o entendimento deste E. Tribunal de
Justiça:

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. Reapreciação (art. 1030, CPC). Preservação do contrato em razão do tratamento de moléstia grave (art. 13, III, Lei 9656/98). Entendimento alinhado ao Tema 1082 do STJ. Limitação de cobertura ao respectivo tratamento, autorizada a extinção com a respectiva alta. Pleito, entretanto, que não foi expressamente formulado pela apelante. Impossibilidade, neste caso, de disciplina judicial, sob pena de julgamento ultra petita. R. DECISUM COLEGIADO MANTIDO. (TJSP; Apelação Cível 1028659-07.2021.8.26.0506; Relator (a): Coelho Mendes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de Ribeirão Preto - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/08/2023; Data de Registro: 07/08/2023

APELAÇÃO CÍVEL. Sentença de procedência que determinou a manutenção do plano de saúde. Contrato coletivo empresarial. Irresignação da operadora. Alegação de ilegitimidade ativa da autora para discutir o contrato empresarial e possibilidade de rescisão do contrato. Descabimento. Preliminar rejeitada. A condição de beneficiário do plano já outorga a autora a legitimidade para postular a manutenção do contrato, sendo irrelevante que aqui se trate de plano de saúde coletivo. Incidência da súmula 101 deste E. Tribunal. Paciente em tratamento de Carcinoma Papilífero da Tireoide, Incidência do tema 1082 do C. STJ. Aplicação, por analogia, do art. 13, par. único, III, da Lei n. 9.656/98 que obsta a rescisão do contrato de plano de saúde enquanto persistirem a enfermidade e o seu tratamento. Sentença mantida. Recurso desprovido. (Apelação Cível nº 1151831-69.2023.8.26.0100- Comarca de São Paulo - 6ª Câmara de Direito Privado- Relatora DÉBORA BRANDÃO - data do julgamento 27 de agosto de 2024).

Assim, é direito da autora e obrigação da ré o

restabelecimento do contrato, ante o quadro clínico apresentado por Norivaldo Camargo, pelo menor Henry Lima dos Santos e Fabiana Trindade até a efetiva alta, mediante o pagamento integral da mensalidade.

Nesse passo, a rescisão imotivada pela parte ré, coloca os consumidores em desvantagem exagerada frente à administradora do plano de saúde, revestindo-se, na esteira do art. 51, IV, do CDC, de abusividade, ainda mais flagrante enquanto pendente tratamento médico de beneficiário acometido de doença grave.

Importante frisar ainda que, no caso dos autos, são 25 integrantes da apólice coletiva em questão e a jurisprudência do STJ afasta a possibilidade de rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo com menos de 30 vidas. Confira-se:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO COM MENOS DE 30 BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL. INVIABILIDADE. CONTRATO "FALSO COLETIVO". APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ARTIGO 13, PARÁGRAFO ÚNICO, II, DA LEI Nº 9.656/98. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. Tratando-se de plano de saúde coletivo que contempla menos de 30 vidas, a jurisprudência do STJ afasta a possibilidade de rescisão unilateral imotivada. (AC 1080292-43.2023.8.26.0100; 6ª Câmara de Direito Privado; Rel. Des. MARIA DO CARMO HONÓRIO; j. 28.11.2024)

Ademais, não comprovou a ré ter fornecido a autora a opção de migração para plano individual, sem o cumprimento de novas carências, o que se impunha nos termos Resolução CONSU 19, sobretudo considerando o seu tratamento, cuja exigência comprometeria o próprio objeto do contrato, daí também a sua flagrante abusividade, corroborando a concessão da tutela de urgência.

Nesse mesmo sentido é o parecer da PGJ (fls. 451/455).

Dessa forma, a r. sentença deve ser mantida pelos seus próprios fundamentos.

Para que não se alegue cerceamento do direito de recorrer, dou por prequestionados todos os dispositivos legais referidos na fase recursal, bastando que as questões tenham sido enfrentadas e solucionadas no voto, como ocorreu, pois “*desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais*” (STJ EDCL. No RMS 18.205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, j. 18.04.2006).

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO** ao apelo, majorando-se a verba honorária de 10% para 20% sobre o valor da causa, a teor do disposto no artigo 85, § 11º, do Código de Processo Civil.

RAMON MATEO JÚNIOR
Relator