



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000344508

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2261632-72.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante BRADESCO SAÚDE S/A, é agravado EVANDRO BATISTA DE OLIVEIRA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram 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, 8 de abril de 2025.

RAMON MATEO JÚNIOR
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

Voto nº 35906

Agravo de Instrumento nº: 2261632-72.2024.8.26.0000

Agravante: Bradesco Saúde S/A

Agravado: Evandro Batista de Oliveira

Comarca: São Paulo

Juiz: Paulo Henrique Ribeiro Garcia

Agravo de Instrumento – Obrigação de Fazer – Plano de Saúde – Para a concessão da tutela de urgência é imprescindível à comprovação dos requisitos constantes no art. 300 do CPC. Ausente a probabilidade do direito do autor, em virtude da ausência de prova de que ele contribuiu para o custeio do plano de saúde coletivo durante a vigência do vínculo laboral, consoante previsão do art. 30, § 6º da Lei n.º 9.656/98, impõe-se a cassação da decisão que concedeu a tutela provisória de urgência pleiteada para assegurar a sua permanência no plano – Decisão Reformada – Agravo Provido.

Trata-se de agravo de instrumento interposto por **Bradesco Saúde S.A** contra decisão de fls. 95 dos autos de origem, *in verbis*:

“Defiro a liminar pleiteada, porquanto presentes os pressupostos. Eventual resilição, com a pretendida exclusão da parte autora do plano, pode configurar abuso do direito, em detrimento da proteção do consumidor, evidenciando a verossimilhança da alegação. Por outro lado, a ausência de plano de saúde, o deixando desamparado, basta para a caracterização da urgência. De se observar que a parte autora deverá continuar a pagar a contraprestação mensal correlata, de modo a afastar alegação de prejuízo da Ré. Assim, defiro a liminar, a fim de determinar à Ré a manutenção do plano da autora, nas mesmas condições e com a mesma cobertura em relação às indicados na exordial, respeitando-se os prazos de carência já cumpridos, mediante o pagamento da contraprestações mensais, sob pena de pagamento de multa diária de R\$500,00, até o limite de R\$ 10.000,00, por mês.”

Sustenta a agravante que a decisão agravada que não observou o Tema 989 conforme determinado pelo E. Tribunal de Justiça, de modo que assim que decidida é impositiva a sua aplicação imediata e observância por juízes e tribunais, restando desnecessário o trânsito em julgado para aplicação das

teses fixadas nas Cortes Superiores.

Que no caso em comento restou demonstrado que o titular do seguro não era contribuinte com o mesmo, tendo em vista que não há qualquer documento que comprove a suposta contribuição, bem como, conforme documento emitido pela ex empregadora do agravado, o titular do seguro nunca contribuiu para o mesmo, e, somente realizava descontos em folha a título de coparticipação.

Aduz que o agravado figurou apólice empresarial, do tipo Saúde Funcional, estipulada pela empregadora ISH TECNOLOGIA S/A, com acomodação em enfermaria, sendo seu início em 01/10/2022, de modo que deixou de usufruir do seguro saúde, em decorrência de demissão e, não possui direito a continuidade em razão de não ter contribuído ao seguro, pois fora arcada integralmente pela empregadora (fls. 09).

Que a manutenção por seis meses ocorreu tão somente por conta da Convenção Coletiva da empresa estipulante que não tem qualquer relação com a seguradora. Somente o estipulante detém o poder de representação dos segurados, conforme item do termo de responsabilidade de acesso ao SSBE (em anexo). O estipulante fica investido dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora, devendo encaminhar todas as comunicações ou avisos pertinentes à apólice, bem como proceder à inclusão e exclusão dos segurados. O Estipulante é responsável perante a Seguradora pelo cumprimento das obrigações previstas nestas Condições Gerais.

Ainda, não há que se falar em aplicação do Tema 1082, visto que fora excluído do contrato mediante demissão do emprego, bem como não está em tratamento de saúde, ou urgência que pudesse ensejar em sua manutenção da apólice até sua alta.

Ressalta que a parte autora não contribuiu com os prêmios do seu seguro saúde durante todo o tempo de contrato, de modo que, durante toda a vigência no seguro saúde, pagou apenas pela coparticipação. Assim, a transferência e a manutenção do segurado em uma subfatura de demitidos ou aposentados decorre de solicitação formal do Estipulante, que através da planilha de transferência nos informa o tempo que o segurado permanecerá ativo na apólice, de acordo com o período de contribuição.

Requer a concessão de efeito suspensivo e, ao final o provimento do presente agravo.

Atribuído efeito suspensivo ao agravo (fls. 469/471).

O agravado não apresentou contraminuta (fls. 474).

É o Relatório.
Voto.

O agravo comporta provimento.

As mesmas razões que levaram a concessão do efeito suspensivo, permanecem inalteradas para o provimento do recurso.

Com efeito, o caso em comento trata-se de obrigação de fazer c.c tutela antecipada proposta pelo agravado em face do Bradesco Saúde e da ex-empregadora, sob o fundamento de que foi suspenso de forma arbitrária e abusiva pela empresa agravante, na qual trabalhou no período de 05/09/2022 a 25/03/2024.

Analisando os documentos colacionados tão somente pela operadora de saúde, mas também pela ex empregadora, de fato não consta que o autor contribuía para a manutenção do plano quando encontrava-se empregado, e não está em tratamento de saúde em critério de internação hospitalar

que fosse necessário aguardar sua alta para rescindir a apólice.

No mais, em que pese a existência de previsão legal que assegura ao consumidor contribuinte de plano de saúde na modalidade coletiva, em decorrência de vínculo empregatício, sua manutenção da condição de beneficiário, nas situações de rescisão/exoneração do contrato de trabalho sem justa causa (caso em questão), ou de aposentadoria (art. 30 e art. 31, da Lei nº 9.656/98), assegurando-se as mesmas condições de cobertura, sendo certo que tais circunstâncias não restaram configuradas no caso.

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001).

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a coparticipação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Da análise dos elementos trazidos aos autos até o

momento, não se vislumbra qualquer prova de que o agravado efetivamente contribuía para a manutenção do plano coletivo, lembrando que a mera coparticipação do beneficiário no custeio de exames e procedimentos médicos não é considerada contribuição (§ 6º do art. 30 da Lei n.º 9.656/98).

Destarte, considerando que o autor agravada sequer respondeu ao recurso, não demonstrando o preenchimento da condição atinente à contribuição para o custeio do plano de saúde coletivo, resta afastada a probabilidade do direito de permanecer vinculada ao referido plano.

Nesse sentido, já decidiu o Superior Tribunal de Justiça, em sede de recurso repetitivo, por ocasião do julgamento do REsp 1.680.318/SP:

"RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EX-EMPREGADO APOSENTADO OU DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA. ASSISTÊNCIA MÉDICA. MANUTENÇÃO. ARTS. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998. REQUISITOS NÃO PREENCHIDOS. CONTRIBUIÇÃO EXCLUSIVA DO EMPREGADOR. VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO. COPARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO. IRRELEVÂNCIA. FATOR DE MODERAÇÃO. SALÁRIO INDIRETO. DESCARACTERIZAÇÃO.

1. Tese para os fins do art. 1.040 do CPC/2015:
Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto.

2. No caso concreto, recurso especial provido."
(STJ, REsp 1.680.318/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Segunda Seção, julgado em 22/08/2018, DJe 24/08/2018).

Em face do exposto, **DOU PROVIMENTO** ao recurso, reformando a decisão agravada para cassar a decisão que concedeu a tutela provisória de urgência formulado pelo autor, ora agravado.

RAMON MATEO JUNIOR
Relator