



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000345151

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005978-16.2023.8.26.0072, da Comarca de Bebedouro, em que é apelante UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, é apelado ROCINHOLLI TRANSPORTES 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 sem voto), MARIA DO CARMO HONÓRIO E LUCILIA ALCIONE PRATA.

São Paulo, 8 de abril de 2025.

DÉBORA BRANDÃO

Relatora

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº 004233

Apelação Cível 1005978-16.2023.8.26.0072

COMARCA: Bebedouro

Apelante: Unimed Seguros Saúde S/A

Apelado: Rocinholti Transportes Ltda

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame. Recurso de apelação interposto contra sentença que determinou a manutenção do plano de saúde para a beneficiária Tatiana até alta médica e restituição de valores pagos após rescisão unilateral. Para os demais beneficiários, condenou a ré ao restabelecimento do plano até disponibilização de plano individual ou familiar sem carência. II. Questão em Discussão. A questão em discussão consiste em (i) a possibilidade de rescisão unilateral de plano de saúde coletivo e (ii) a aplicação do Tema 1082 do STJ para garantir continuidade do tratamento médico. III. Razões de Decidir. A rescisão unilateral do contrato coletivo não pode privar beneficiários de tratamento médico essencial, conforme entendimento do STJ no Tema 1082. A manutenção do plano de saúde é necessária para garantir a continuidade do tratamento médico da beneficiária Tatiana, em conformidade com princípios de boa-fé contratual e proteção ao consumidor. IV. Dispositivo e Tese. **Recurso desprovido.** Tese de julgamento: 1. A operadora deve assegurar continuidade do tratamento médico essencial após rescisão unilateral de plano coletivo. 2. Beneficiários devem ter acesso a plano individual ou familiar sem carência.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 408/422, que julgou parcialmente procedente os pedidos da autora para determinar a manutenção do plano de saúde em relação a beneficiária Tatiana, até efetiva alta do tratamento, bem como a restituição do valor comprovadamente desembolsado desde a rescisão unilateral. Com relação aos demais beneficiários,

Apelação Cível nº 1005978-16.2023.8.26.0072	Voto nº	004233	2
---	---------	--------	---

condenou a ré ao restabelecimento do plano de saúde até a disponibilização de plano individual ou familiar nas mesmas condições, e sem carência.

Apela a requerida.

Sustenta, em síntese, que não se pode obrigar a contratar com quem não queira, de modo que não se pode obrigar a permanecer em contrato já cumprido e rescindido. Não se pode conferir aos requerentes a benesse de ter plano de saúde familiar ou individual nas condições de coletivo. No mais, que aos planos coletivos não se aplica as disposições constantes da Resolução CONSU nº 19, sendo que os planos individuais não são mais comercializados. Afirma que os requerentes receberam notificação do cancelamento do contrato, com 60 dias de antecedência, tempo suficiente para buscar outro plano. Pugna pela legalidade da rescisão. Sustenta a não aplicação do Tema 1082 do STJ, pois o tratamento médico realizado pela beneficiária não se coaduna com a tese. Impugna a existência de danos morais. Por fim, pretende a reforma integral da sentença e a improcedência dos pedidos formulados pelos autores.

Recurso processado, contrarrazões recursais às fls. 461/479.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso interposto não comporta acolhimento, pelas razões e fundamentos aduzidos a seguir.

Afirma a autora que o plano de saúde contratado com a requerida em 15/08/2023 foi cancelado pela requerida, sem qualquer justificativa, na data de 31/05/2023 (fls. 51). Entretanto, a beneficiária Tatiana estaria em tratamento médico contínuo desde 08/09/2022, em razão de carcinoma ductal invasivo da mama direita, tendo sido encaminhada para cirurgia na data de 18/04/2023, com posterior radioterapia e imunoterapia.

Em que pese o direito arguido pela operadora apelante, acerca da possibilidade de rescindir o contrato unilateralmente, tal entendimento não é ilimitado, devendo ser observados os preceitos, dispositivos e princípios de nosso ordenamento jurídico, bem como do entendimento dos Tribunais Superiores.

Embora o art. 13 da Lei nº 9.656/1998 estabeleça a impossibilidade de denúncia imotivada apenas para planos individuais/familiares, o que não é o caso do contrato mantido entre os litigantes, a denúncia imotivada, no caso vertente, não é possível. Isso porque deve ser analisado o caráter fundamental do serviço contratado (preservação da saúde) e a garantia do adequado tratamento médico, sendo vedado à operadora do plano de saúde simplesmente romper o contrato, ainda mais quando um dos beneficiários está em franco tratamento contra câncer de mama, de modo que a manutenção das terapias são essenciais à sua sobrevivência.

Com efeito, a rescisão do contrato, nessas circunstâncias, viola o princípio da boa-fé contratual e da proteção ao consumidor, privando o paciente do tratamento de que necessita, depois de efetuar os pagamentos.

O entendimento fixado pelo C. Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema nº 1082: *“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”* (REsp nº 1.842.751/ RS; Relator Ministro Luís Felipe Salomão; Julgado em 22/06/2022 REsp nº 1.846.123; Relator Ministro João Otávio de Noronha; Julgado em 22/06/2022).

Nessa trilha, não obstante tratar-se de plano de saúde coletivo, é certo que os destinatários finais do contrato são os indivíduos, que não podem ficar, de uma hora para outra, desprovidos de qualquer assistência médica, notadamente diante da necessidade da continuidade do tratamento médico pelo autor e da gravidade do diagnóstico, situação que se amolda ao entendimento firmado pelo Tribunal Superior acima mencionada.

Não se trata, contudo, de obrigar a ré a manter-se vinculada ao contrato eternamente, mas sim de impedir o cometimento de abusos ou a estipulação de regras que acarretem o desequilíbrio contratual.

Destaque-se que, recentemente, no julgamento dos EDcl no REsp 1846123/SP (tema 1082) o C. Superior Tribunal de Justiça acolheu em parte os embargos de declaração: “(...) *para declarar que a expressão 'cuidados assistenciais prescritos', mencionada na tese fixada no acórdão embargado, abrange os cuidados assistenciais autorizados e aqueles deles decorrentes e necessários à conclusão do tratamento médico do beneficiário*”. Aplicável, por analogia, o disposto no art. 13, parágrafo único, III, da Lei nº 9656/1998, que veda a suspensão ou rescisão do contrato durante a ocorrência de internação hospital ou situações análogas.

Ademais, não se pode perder de vista que a interrupção do tratamento da beneficiário e possível obrigatoriedade de cumprimento de novos prazos de carência certamente culminarão em prejuízo irreversível à sua saúde.

Nesse sentido o entendimento deste Egrégio Tribunal
Bandeirante:

APELAÇÃO CÍVEL. Ação de manutenção de plano de saúde. Extinção do contrato coletivo por iniciativa da estipulante, a administradora de benefícios. Sentença de procedência. Inconformismo. Não acolhimento. Preliminar. Alegação de ilegitimidade passiva suscitada pela ré, a operadora do plano de saúde. Rejeição. Solidariedade passiva. Havendo típica relação de consumo, são solidariamente responsáveis perante o consumidor, ademais, todas as empresas que integram a cadeia de fornecimento. Condições da ação que são aferidas com base no estado da asserção. Pertinência subjetiva caracterizada, relegando-se ao mérito a aferição da procedência das alegações da parte autora. Mérito. Rescisão unilateral de contrato coletivo. Possibilidade. Art. 13 da Lei nº 9.656/98 que tem alcance restrito aos planos individuais/familiares. Inteligência do art. 23 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS. Necessidade, porém, de manutenção dos contratos dos beneficiários que estejam no curso de tratamento garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física. Aplicação da tese fixada pelo C. Superior Tribunal de Justiça em sede de recurso repetitivo (Tema 1082). **Caso concreto em que o autor é portador de "transtorno do espectro autista", com tratamento em curso. Circunstância que determina a manutenção do contrato, desde que efetuado o pagamento integral da mensalidade. Aplicabilidade do Tema 1082 a beneficiários portadores de TEA.** Precedentes desta E. Corte de Justiça. Sentença mantida. RECURSO

DESPROVIDO, com majoração dos honorários advocatícios devidos pelas rés recorrentes. (TJSP; Apelação Cível 1112094-59.2023.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 32ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/05/2024; Data de Registro: 17/05/2024).

PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Insurgência recursal da operadora contra sentença de parcial procedência. Contrato coletivo por adesão. Cancelamento unilateral e imotivado do plano de saúde. **Beneficiário encontra-se em tratamento de quadro sequelar de acidente vascular cerebral em tronco cerebral com hemiparesia à esquerda. Necessidade de assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência, até sua efetiva alta. Incidência do Tema 1082 do STJ. Sentença mantida.** RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1074893-33.2023.8.26.0100; Relator (a): Wilson Lisboa Ribeiro; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/10/2024; Data de Registro: 25/10/2024)

Agravo de Instrumento – Ação de obrigação de fazer – Decisão que concedeu a tutela de urgência à autora - Agravo da requerida Amil – Manutenção de plano de saúde após rescisão unilateral de contrato coletivo - Presença dos requisitos do art. 300, "caput", do CPC – **Beneficiária idosa, que demonstrou ter sido acometida por um recente acidente vascular cerebral, atualmente passando por tratamento médico contínuo para tratamento das sequelas, cuja interrupção poderá acarretar severos prejuízos a sua vida e saúde - Vedado o cancelamento do plano nessa circunstância – Inteligência do Tema 1082 do C. STJ – Precedentes desta Colenda Câmara em situações análogas** – Questão referente à responsabilidade da administradora de benefícios não foi objeto de apreciação na origem, de modo que decidir, nesta instância recursal, corresponderia à indevida supressão de instância - Decisão mantida – Recurso desprovido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2197602-28.2024.8.26.0000; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 24ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/09/2024; Data de Registro: 19/09/2024)

Agravo de instrumento. Plano de saúde. Tutela provisória de urgência deferida. Determinação de manutenção do plano de saúde, sob pena de multa de R\$ 1.000,00 por atendimento negado. Inconformismo. Não cabimento. **Dependente em tratamento médico de sequelas de acidente vascular cerebral hemorrágico. Obrigação da operadora de manter a cobertura até que haja liberação médica. Manutenção do plano de saúde. Alegação de inadimplemento do contrato coletivo firmado entre o plano de saúde e a estipulante. Eventual rescisão não afasta a obrigação da operadora de manter a cobertura de tratamento de doença grave em curso de beneficiário, até que haja a alta médica. Decisão em consonância com a tese firmada no**

Julgamento do Tema n. 1082, do C. Superior Tribunal de Justiça. Respeito à função social do contrato e ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Garantia dos beneficiários, no caso de encerramento e extinção da apólice empresarial, ao direito a um plano de saúde individual ou familiar, respeitadas as carências já vencidas. Decisão mantida. Agravo improvido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2134913-45.2024.8.26.0000; Relator (a): Pedro de Alcântara da Silva Leme Filho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 38ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/06/2024; Data de Registro: 11/06/2024)

Assim, de rigor a manutenção do plano de saúde em relação à beneficiária Tatiana, mediante o pagamento regular de contraprestação proporcional à segurada.

A determinação de disponibilização do plano de saúde aos beneficiários que não estão em tratamento, nas mesmas condições e sem carência, com valores de plano individual ou familiar, não causa prejuízo à operadora de saúde, uma vez que a prestação dos serviços contratados só ocorrerá mediante contraprestação da parte beneficiada, ou seja, mediante pagamento da mensalidade. Assim, deve a operadora ofertar novo plano de saúde, nas condições acima citadas: *(...) conquanto possa ser reconhecida como lícita a extinção do contrato coletivo empresarial entre a operadora e a empresa estipulante, nota-se que o cancelamento do plano de saúde coletivo empresarial deve ser acompanhado de garantia ou oportunidade de portabilidade, viabilizando nova contratação, inclusive com isenção de carências para os beneficiários, ainda que na modalidade individual e familiar.* (Apelação cível n. 1087168-19.2020.8.26.0100. Rel. Des. Piva Rodrigues, j. em 11/03/2022).

Por fim, considerando a urgência do tratamento que se submete a beneficiária Tatiana, de rigor o reembolso dos valores comprovadamente despendidos com médico e terapias particulares durante o período em que o plano de saúde esteve cancelado, o que deverá ser devidamente apurado em fase de cumprimento de sentença.

Ante o exposto, por meu voto, **nego provimento** ao

recurso, para determinar a manutenção do plano de saúde em relação à beneficiária Tatiana, até a efetiva alta médica, bem como condenar a ré à restituição dos valores comprovadamente pagos pelo tratamento contra o carcinoma no período de suspensão do plano de saúde. No mais, deverá a ré disponibilizar aos demais beneficiários plano individual ou familiar com mesmas condições, e sem prazos de carência, nos termos da fundamentação acima.

Face ao insucesso recursal, majoro os honorários de sucumbência devido pela ré para 12% do valor da condenação, nos termos do artigo 85, §§ 2º e 11, do Código de Processo Civil.

Para fins de eventual recurso às instâncias superiores, consideram-se prequestionados todos os dispositivos citados pelas partes (art. 1025 do CPC), que não se coadunam com a linha de entendimento adotado no julgamento deste recurso.

DÉBORA BRANDÃO

Relatora

Assinatura Eletrônica