



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

Registro: 2025.0000348029

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1081915-11.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes JOSÉ ANTÔNIO MANCUSO, JOSÉ ANTONIO MANCUSO FILHO e CAROLINA HELENA MARCUCI MANCUSO, é apelado AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª 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 DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), EDSON LUIZ DE QUEIROZ E CÉSAR PEIXOTO.

São Paulo, 8 de abril de 2025.

ALEXANDRE LAZZARINI

Relator

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

Voto nº 32389

Apelação Cível nº 1081915-11.2024.8.26.0100

Comarca: São Paulo (43ª Vara Cível)

Juiz(a): Miguel Ferrari Junior

Apelantes: José Antônio Mancuso, José Antonio Mancuso Filho e Carolina Helena Marcuci Mancuso

Apelado: Amil Assistência Médica Internacional S/A

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL IMOTIVADA. RECURSO PROVIDO.

1. Cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo pela operadora, imotivadamente. O contrato possui características de "falso coletivo", contendo três beneficiários do mesmo núcleo familiar.
2. Plano de saúde que abrange apenas 3 vidas, todos integrantes do mesmo grupo familiar. "Falso coletivo" ao qual se aplicam as regras dos contratos individual/familiar. Precedentes.
3. Afastada a disposição contratual que prevê a possibilidade de rescisão imotivada, mediante prévia notificação. Necessidade de motivação idônea, não bastando justificativa genérica de prejuízo acumulado. Incidência do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98.
4. Abusividade da rescisão unilateral pela operadora de saúde. Necessidade de observância da função social do contrato e boa-fé objetiva (artigos 421, 422 e 187 do CC, e art. 51, IV, do CDC). Reconhecimento da legalidade da rescisão e determinação da manutenção do plano de saúde dos autores.
5. Recurso provido.

A r. sentença (fls. 211/217), cujo relatório adota-se, julgou improcedente a pretensão inicial, nos termos do art. 487, I, do CPC. Despesas processuais e honorários advocatícios (10% sobre o valor atualizado da causa) pelo autor.

Os embargos de declaração do autor (fls. 220/221), foram rejeitados (fl. 222).

Recorre o autor (fls. 235/245), sustentando, em suma, que: a) embora a Lei n. 9.656/98, em seu art. 13, II, limite sua aplicação a contratos individuais ou familiares, a jurisprudência pacífica do STJ tem garantido a manutenção do plano de saúde para beneficiários em tratamento, mesmo em casos de rescisão unilateral do contrato coletivo, sendo essa interpretação reforçada pelo disposto no art. 8º, § 3º, "b", da Lei n.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

9.656/98. Ao afastar a aplicação analógica dessa norma para casos de rescisão unilateral, a r. sentença vulnera os direitos fundamentais dos beneficiários do plano, em especial de Carolina. Não procede fundamento de que a sua doença não é grave, pois a jurisprudência assegura todo e qualquer tratamento médico, de modo que a permissão para a rescisão unilateral do contrato de saúde afronta o princípio da dignidade da pessoa humana, que deve prevalecer sobre interesses meramente econômicos; b) a liberdade contratual, deve ser exercida dentro dos limites da função social do contrato (art. 421 do CC), impondo-se a continuidade do atendimento dos apelantes, em sua maioria idosos. É cediço que a ré pode rescindir unilateralmente o contrato coletivo. Contudo, a r. sentença recorrida deixou de apreciar os argumentos contidos na inicial, sobre a questão da seleção de risco, onerosidade excessiva e condição de contratação do plano, em que a regulamentação de paridade e proteção aos consumidores era bem menor. Reclamam que a ré não comercializa planos individuais, nem viabilizou a portabilidade para plano semelhante, em termos de custos e cobertura, o que corrobora a conclusão de que efetivamente faz seleção de risco e esbarra na posição da ANS sobre vedação nesse sentido. Como dois apelantes têm idade avançada, resta evidente o intuito de expulsá-los da carteira, quando deveriam ser protegidos (artigos 2º e 3º da Lei n. 10.741/2003. Assim, ao rescindir o contrato, não foi respeitado o art. 3º da Resolução CONSU n. 19/1999; c) a jurisprudência do STJ tem assegurado o direitos dos beneficiários de planos coletivos rescindidos à migração para planos individuais ou familiares, com aproveitamento das carências já cumpridas. Deve ser assegurado aos apelantes uma alternativa viável para continuidade da cobertura, sob pena de violação aos direitos do consumidor. Nesse contexto, poderia ser determinada a continuidade do plano ou disponibilizado plano equivalente, o que não ocorreu na hipótese dos autos. Na idade dos autores, dificilmente serão aceitos em outro convênio médico; d) tudo está a indicar que o contrato se trata de um falso coletivo (contexto da contratação, beneficiários são da mesma família, disputa processual n. 1028103-98.2017.8.26.0100 envolvendo tema de reajuste e valor do plano), não sendo crível que a apelada tenha enfrentado déficit financeiro. Portanto, a rescisão é abusiva, onerosa e excessiva, desprovida de observância da função social do contrato.

Requerem, assim, a reforma da r. sentença, para que seja: a) reconhecida a ilegalidade do cancelamento do contrato, determinando-se a manutenção do contrato, b) de modo subsidiário, ofertado um plano familiar ou individual aos apelantes,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

ou outro equivalente, com migração nas mesmas bases contratuais de cobertura e preço, c) decretada a preservação da portabilidade sem carência, para qualquer outra hipótese, d) revertidos os ônus sucumbenciais.

Contrarrazões as fls. 254/263.

Em Tutela Provisória de Urgência n. 2291800-57.2024.8.26.0000, houve determinação para recebimento do recurso de apelação dos autores em seu efeito suspensivo (trânsito em julgado em 04/12/2024).

Peticionam os apelantes (fls. 279/284), juntado seus respectivos atestados e declarações médicas, reforçando o seu estado de saúde e necessidade de continuidade dos tratamento.

Não consta oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

I) Os autores são beneficiários de plano de saúde coletivo por adesão contratado com a ré Amil, firmado em 14/08/2006.

Alegam que, em 30/04/2024, receberam mensagem da administradora do plano, via WhatsApp, informando o cancelamento do seu contrato, a partir do dia 01/06/2024, em razão de “prejuízo acumulado à Operadora, resultando em altos índices de reajuste, que ainda assim não foram suficientes para reverter a situação do contrato”.

Embora reconheçam que nos contratos coletivos por adesão seja facultada a rescisão imotivada pela operadora, no caso específico dos autos, existem peculiaridades a serem observadas: a) o contrato de saúde em questão trata-se de um “falso coletivo” (possui apenas três vidas), ao qual se aplicam os reajustes da ANS, conforme acordo judicial estabelecido entre as partes, há seis anos, b) a repactuação da forma de reajuste sugere previsão atuarial futura do contrato, não tendo sido fundamentada a alegação de “prejuízos”, c) a posição da operadora do plano esbarra em nota da ANS: “Não pode haver seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde no atendimento, na contratação ou na exclusão de beneficiários em qualquer modalidade de plano de saúde. Ou seja, nenhum beneficiário pode ser impedido de adquirir plano de saúde em função da sua condição de saúde ou idade, não pode ter sua cobertura negada por qualquer condição e, também, não pode haver exclusão de clientes pelas operadoras por esses mesmos motivos.”



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

(fl. 5 e 110), d) a rescisão, em razão da seleção de riscos (dois beneficiários são idosos), é vedada pela Súmula Normativa 27/2015 da ANS e art. 14 da Lei n. 9.656/98, e) necessidade de observância da função social do contrato e boa-fé objetiva (art. 113, § 1º, I, do CC), f) o contrato foi firmado em 2006, quando ainda não havia sido editada a RN 196/2006, nem a novel RN 115/2022, o que evidencia a vulnerabilidade dos autores, g) onerosidade excessiva ocasionada pelo cancelamento, e a correlação com a Resolução CONSU 19, e teor do Informativo 677 do C. STJ: “O art. 3º da referida Resolução, no entanto, faz a ressalva de que tal disposição se aplica somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar. Registra-se que, no âmbito jurisdicional, a edição da súmula n. 608 pelo STJ reforça a tese de que a ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos e seguros de saúde coletivos - ressaltados, apenas, os de autogestão -, deve observar os ditames do CDC. Ademais, se, de um lado, a Lei n. 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo por adesão a não renovar o contrato; de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar. Dessa forma, a interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU n. 19/1999 agrava sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço e favorece o exercício arbitrário, pelas operadoras de seguro de saúde coletivo, do direito de não renovar o contrato celebrado por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas. O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei n. 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU n. 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço. Assim, na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo pela operadora, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

direito”, h) a ré enviou os documentos atinentes à portabilidade, mas os autores se depararam com planos infinitamente maiores, chegando o mais em conta e apenas para uma pessoa ao dobro do valor pago atualmente, sendo o maior deles sete vezes mais caro. Tal situação expõe a fragilidade e o pouco poder de negociação que possui o consumidor, tornando nítido o desequilíbrio contratual (vedado pelo art. 6º, V, do CDC e 478 e 479 do CC). A ré deveria garantir a portabilidade para planos individuais ou familiares, mas disponibilizou planos inviáveis, i) entendem que a ré deve manter o mesmo plano em vigor ou transferir os autores para plano equivalente em cobertura e preço, j) a condição de saúde da beneficiária Carolina não foi observada. Estava em vias de realizar a cirurgia de catarata e nos pés, o que torna inviável o cancelamento do plano, conforme Tema 1.082 do STJ. Alegam, ainda, que a ré não respeitou o prazo de 60 dias de aviso prévio.

Requereram, entre outros: i) o deferimento da tutela de urgência, para impedir o cancelamento do contrato de saúde, ii) o reconhecimento da sua ilegalidade, e manutenção do plano, iii) subsidiariamente, que seja viabilizado plano individual ou familiar aos autores, com as mesmas bases contratuais, cobertura e preços, iv) decretação da preservação da portabilidade sem carência.

Por r. decisão de fls. 115/116, foi deferida liminar, para manutenção do plano de saúde aos autores.

Em contestação (fls. 122/133), a ré Amil Assistência Médica Internacional S/A, defendeu a legalidade do cancelamento unilateral do plano coletivo, conforme expressa disposição regulamentar (anexo I da RN 509) e contratual (cláusula 22.2.1), e de forma imotivada.

Quanto ao Tema 1.082 do STJ, ampara a posição da ré, quanto ao exercício regular do seu direito à rescisão unilateral do plano coletivo. Tece considerações sobre a natureza dos planos coletivos por adesão e as formas de contratação previstas no plano de saúde (RN 557/2022).

Se por um lado a ré Amil pode rescindir unilateralmente o contrato, por outro lado é obrigação da Qualicorp ofertar novo plano aos beneficiários, conforme disposto nos artigos 2º, I, II e III, 5º parágrafo único, e 7º, I e II, da RN 515/22.

Destaca que a rescisão contratual não causa nenhum prejuízo ao autor, não podendo ser a ré compelida a manter um único beneficiário na apólice, sem vínculo com qualquer administradora, pois estará descumprindo a exigência da ANS,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

quanto aos requisitos de elegibilidade previstos na RN 557/2022, e também na RN 489/2022, art. 19, estando exposta a sanções regulatórias.

Forçar a manutenção do contrato esvazia a atuação da ANS, no que concerne ao controle e fiscalização da execução dos planos de saúde, o que pode reverter em prejuízo a parte autora e também a massa de beneficiários que dependem da subsistência do setor de saúde suplementar.

Desse modo, requer a improcedência da pretensão autoral.

Após réplica, houve manifestação das partes, que afirmaram não haver outras provas a serem produzidas.

Sobreveio a r. sentença recorrida de fls. 211/217.

II) A r. sentença recorrida tem os seguintes fundamentos:

A causa está madura para julgamento, na forma do artigo 355, inciso I, do Código de Processo Civil, porquanto a questão de mérito versada nos autos é de fato e de direito, todavia não há necessidade da produção de outras provas.

A questão versada nos autos diz respeito à possibilidade de rescisão unilateral do contrato de seguro saúde coletivo, sobretudo a respeito dos efeitos em relação aos beneficiários que estão com tratamento médico em curso. Em primeiro lugar, mister se faz reconhecer a possibilidade de rescisão unilateral (exercício de direito formativo extintivo) e imotivada de contrato coletivo de seguro saúde, desde que cumprido o prazo de vigência de 12 (doze) meses, bem como haja notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, uma vez que o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998, incide tão somente nos contratos individuais ou familiares.

Sem embargo, deve ser resguardado o direito daqueles beneficiários que estejam internados ou em pleno tratamento médico, observando-se, assim, os princípios da boa-fé, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana. Com efeito, a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos como o presente, cujos bens protegidos são a saúde e a vida do beneficiário, os quais se sobrepõem a



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

quaisquer outros de natureza eminentemente contratual, impondo-se a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os referidos beneficiários encerrem o respectivo tratamento médico.

Para além disso, a Lei nº. 9.656/1998 preconiza, em seu art. 8º, § 3º, alínea "b", que as operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, desde que garanta a continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento médico, dentre outros requisitos. Dessa arte, em uma interpretação sistemática e teleológica da referida lei, é de se concluir que o disposto no art. 8º, § 3º, alínea "b", da Lei n. 9.656/1998, que garante a continuidade da prestação de serviços de saúde aos beneficiários internados ou em tratamento médico, deverá ser observado não só nos casos de encerramento das atividades da operadora de assistência à saúde, mas também quando houver rescisão unilateral do plano de saúde coletivo, como ocorrido na espécie vertente.

Neste sentido, pacífica é a jurisprudência do Colendo STJ:

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

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

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 -

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

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. (REsp n. 1.846.123/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022.)

Observa o eminente magistrado e professor Cláudio Luiz Bueno de Godoy que *“o ajuste securitário, envolvendo cobertura de ocorrências médico-hospitalares, bem assim os convênios de igual finalidade, os chamados planos de saúde, são um bom exemplo de como a função social do contrato determina a atuação jurisprudencial específica, interpretativa e de controle mesmo, no caso provocando até mesmo recente elaboração legislativa, consagradora de teses que os tribunais já esposavam. A respeito desses contratos, bem conhecidas foram algumas discussões travadas perante o Judiciário, em*

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

particular aquela relativa à recusa de pagamento de internação, por doenças cobertas, depois de certo tempo e ao alargamento de prazos de carência. Pacificou-se, pois, na jurisprudência o entendimento tanto pela abusividade do limite temporal para internação em casos de urgência quanto pelo alargamento injustificado de prazos de carência. Isso a ponto, inclusive, de a Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, com redação, nesse ponto, dada pela Medida Provisória n. 2.177-44/2001, em seu art. 12, II, a e b, e V, a a c, ter contemplado a vedação de limite para internação hospitalar ou em centro de terapia intensiva, bem assim a redução de prazos de carência para os casos de urgência e emergência.” (in Função Social do Contrato, Editora Saraiva, páginas 173/174).

Este, porém, não é o caso dos autos, pois os autores não se encontram em tratamento de grave doença, pelo que deve ser admitido o rompimento do sinalagma na forma legal.

Der outro lado, quando houver o cancelamento do plano privado coletivo de assistência à saúde, deverá ser permitida aos usuários a migração para planos individuais ou familiares, observada a compatibilidade da cobertura assistencial e a portabilidade de carências, desde que a operadora comercialize tal modalidade de contrato e o consumidor opte por se submeter às regras e aos encargos peculiares da avença.

Conforme decidido pelo STJ:

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. RESILIÇÃO DO CONTRATO. DIREITO QUE SE RESTRINGE AO OFERECIMENTO DE MIGRAÇÃO PARA UM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR, APROVEITANDO-SE AS CARÊNCIAS. DIREITO À MANUTENÇÃO DO PAGAMENTO DA MESMA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA. DESCABIMENTO. 1. Por um lado, "não se garante ao ex-empregado o direito à manutenção de plano de saúde vigente durante o contrato de trabalho quando há rescisão de contrato de plano de saúde coletivo

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

entre a empregadora estipulante e a operadora" (AgInt no REsp 1686240/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 21/08/2018, DJe 27/08/2018). 2. Com efeito, o direito é à migração - aproveitando-se as carências -, e não à criação de novo plano de saúde individual ou familiar idêntico ao coletivo (em usurpação da competência da ANS, que teria de autorizar previamente esse novo produto que, evidentemente, também teria de se submeter a novos cálculos atuariais para formar o suporte do custeio para essa cobertura específica). Isso porque "os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos podem sofrer resilição imotivada após a vigência do período de 12 (doze) meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias (art. 17, parágrafo único, da RN nº 195/2009 da ANS). Não há falar em manutenção do mesmo valor das mensalidades aos beneficiários que migram do plano coletivo empresarial para o plano individual ou familiar, haja vista as peculiaridades de cada regime e tipo contratual (atuária e massa de beneficiários), que geram preços diferenciados. O que deve ser evitado é a abusividade, tomando-se como referência o valor de mercado da modalidade contratual" (REsp 1471569/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/03/2016, DJe 07/03/2016)" (AgInt nos EDcl no REsp 1792214/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/08/2020, DJe 13/08/2020). 3. Embargos de declaração rejeitados. (EDcl no AgInt no REsp n. 1.781.438/RJ, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 6/10/2020, DJe de 16/10/2020.)

PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. AGRAVO



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

INTERNO. RESILIÇÃO DO CONTRATO. DIREITO À MANUTENÇÃO DO PLANO COLETIVO OU PAGAMENTO DA MESMA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA. DESCABIMENTO. DIREITO QUE SE RESTRINGE AO OFERECIMENTO DE UM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL OU FAMILIAR, APROVEITANDO-SE AS CARÊNCIAS. 1. Por um lado, "não se garante ao ex-empregado o direito à manutenção de plano de saúde vigente durante o contrato de trabalho quando há rescisão de contrato de plano de saúde coletivo entre a empregadora estipulante e a operadora" (AgInt no REsp 1686240/SP, Rel. Ministro LÁZARO GUIMARÃES (DESEMBARGADOR CONVOCADO DO TRF 5ª REGIÃO), QUARTA TURMA, julgado em 21/08/2018, DJe 27/08/2018). Por outro lado, havendo resilição do contrato empresarial celebrado entre a estipulante e a operadora do plano de saúde, também se extingue o benefício do usuário, ressalvado o direito do consumidor a ser regular e previamente notificado acerca da cessação de seu benefício para eventual oportuna opção por migração para um plano de saúde individual ou familiar administrado pela mesma operadora. Precedentes. 2. Os "planos de saúde variam segundo o regime e o tipo de contratação: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão (arts. 16, VII, da Lei nº 9.656/1998 e 3º, 5º e 9º da RN nº 195/2009 da ANS), havendo diferenças, entre eles, na atuária e na formação de preços dos serviços da saúde suplementar" (REsp 1.471.569/RJ, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 1º/03/2016, DJe de 07/03/2016). Com efeito, é claramente inviável, em vista da preservação do equilíbrio econômico-financeiro da avença e da segurança jurídica, simplesmente transmutar uma avença coletiva extinta (plano de saúde empresarial) em individual, conforme



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

procedido pela Corte local, ao estabelecer que a operadora do plano de saúde deveria manter a mesma contraprestação pecuniária. 3. Agravo interno não provido. (AgInt no AREsp n. 1.582.493/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 29/6/2020, DJe de 3/8/2020.)

Uma vez que a ré não mais comercializa planos individuais, não há falar-se em migração.

Em face do exposto, ponho fim à fase cognitiva do procedimento comum e na forma do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, *secundum allegata et probata partium* (CPC, artigos 2º, 141, 490 e 492 estado fático jurídico), julgo improcedente a demanda .

Em razão da sucumbência - informada pelo princípio da causalidade - e por força do disposto nos artigos 82, § 2º, 84 e 85, todos do Código de Processo Civil, condeno a parte autora ao pagamento das despesas processuais e honorários ao advogado do vencedor que fixo em 10% sobre valor atualizado da causa, observada a súmula 14 do STJ, segundo a qual “*arbitrados os honorários advocatícios em percentual sobre o valor da causa, a correção monetária incide a partir do respectivo ajuizamento*”, com juros moratórios computados a partir da fluência *in albis* do prazo de 15 dias para pagamento, após o oferecimento do pedido de cumprimento de sentença (CPC, art. 523), segundo orientação do STJ (REsp 1.733.403 SP), e tendo em vista os parâmetros delineados nos incisos I a IV do parágrafo 2º do artigo 85 também do Código de Processo Civil.

P.R.I.C.

III) Os autores celebraram com a ré plano de saúde coletivo por adesão, em 14/08/2006, que foi cancelado por esta operadora, em 01/06/2024, sob argumento de que estaria gerando prejuízo acumulado.

Em tese, não há ilegalidade da rescisão unilateral do contrato coletivo, desde que: i) haja expressa previsão contratual, ii) seja observada a vigência mínima de 12 meses, iii) seja precedida de notificação sobre a rescisão, com 60 dias de antecedência, pois a norma do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

Também não se desconhece que o C. STJ, por ocasião do julgamento do EREsp n. 1.692.594/SP (relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Segunda Seção, julgado em 12/2/2020, DJe de 19/2/2020), explicitou que o contrato coletivo empresarial com menos de 30 beneficiários não poderia ser transmutado para plano familiar, com intuito de se aplicar a vedação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98. No entanto, a natureza híbrida do contrato e a vulnerabilidade dessa categoria de plano, impõe a devida motivação para a rescisão contratual, com incidência da legislação consumerista.

No caso concreto, porém, existem outras peculiaridades a serem observadas: o contrato contém apenas três beneficiários, que pertencem ao mesmo núcleo familiar. Assim, está-se diante de um “falso coletivo”.

Nesse sentido, “o STJ admite, excepcionalmente, que o contrato de plano de saúde coletivo seja tratado como individual ou familiar quando possuir número reduzido de participantes” (AgInt no REsp n. 2.003.889/SP, relator Ministro João Otávio de Noronha, Quarta Turma, julgado em 24/4/2023, DJe de 26/4/2023).

A propósito, segue jurisprudência desta 9ª Câmara de Direito Privado:

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL. 1. Julgamento de parcial procedência dos pleitos inaugurais, para condenar a ré a manter ativo o plano de saúde do qual os autores eram beneficiários até alta definitiva dos respectivos tratamentos, afastado o pedido de indenização extrapatrimonial. Insurgência de ambas as partes. 2. Impossibilidade de rescisão unilateral e imotivada. Rescisão do contrato que decorreu exclusivamente da irregularidade cadastral da empresa contratante. Autoras portadoras de doenças graves. Impossibilidade de cancelamento do plano de saúde na vigência do tratamento médico. Demanda que versa sobre plano de saúde "falso coletivo", por contar com apenas três beneficiários da mesma família. Tratamento excepcional da avença como plano individual/familiar. Precedentes. Aplicação do art. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/98. Abusividade da conduta da ré bem reconhecida. 3.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

Configuração de ofensa a bem juridicamente tutelado de caráter extrapatrimonial. Lesão ao direito fundamental à saúde. Inocorrência de singelo aborrecimento ou dissabor corriqueiro. Dano moral evidenciado. Arbitramento da indenização em R\$5.000,00 (cinco mil reais) para cada autor. Quantum que prestigia os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. 4. Recurso da ré desprovido e recurso dos autores provido.

(TJSP; Apelação Cível 1079615-76.2024.8.26.0100; Relator (a): Daniela Cilento Morsello; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 24ª Vara Cível; Data do Julgamento: 01/04/2025; Data de Registro: 01/04/2025)

Apelação - Ação cominatória e indenizatória - Plano de saúde - Sentença de procedência - Apelo da ré - Rescisão contratual imotivada - Contrato de plano de saúde - Aplicabilidade do CDC - Contrato "falso coletivo" - Reduzido número de participantes viabilizando sua interpretação como de natureza familiar - Precedentes do STJ - Incidência do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, a impedir rescisão imotivada - Abusividade caracterizada - Restabelecimento do plano devido, como reconhecido em sentença - Precedentes desta C. 9ª Câmara de Direito Privado - Honorários recursais fixados, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil- Sentença mantida - Recurso desprovido.

(TJSP; Apelação Cível 1073725-93.2023.8.26.0100; Relator (a): Jane Franco Martins; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 14ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/03/2025; Data de Registro: 21/03/2025)

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Resilição unilateral imotivada. Sentença de procedência que determinou o restabelecimento do contrato. Insurgência recursal da operadora requerida. Não convencimento. Cancelamento de planos coletivos que, em princípio, é válido, contudo, deve ser afastado nas hipóteses de "falsos coletivos", a exemplo do caso em apreço em que os 04 (quatro) beneficiários são integrantes do mesmo núcleo familiar. Contratação que tem por objetivo evitar as restrições impostas aos planos individuais e familiares pela



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

ANS, a exemplo da possibilidade de maior reajuste. Incidência do art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98, a impedir rescisão imotivada. Precedentes. Sentença mantida, ressalvado o pedido de cancelamento formulado posteriormente pela parte autora. RECURSO IMPROVIDO, COM OBSERVAÇÃO.

(TJSP; Apelação Cível 1087247-90.2023.8.26.0100; Relator (a): Wilson Lisboa Ribeiro; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/03/2025; Data de Registro: 12/03/2025)

Ou seja, incide a regra do art. 13, parágrafo único, II da Lei n. 9.656/98, que veda a rescisão unilateral imotivada do plano individual ou familiar por iniciativa da operadora.

Tratando-se de “falso coletivo” que atrai a aplicação das regras previstas aos planos individuais ou familiares e também das normas consumeristas (Súmula 608 do STJ e Súmula 100 do TJSP), incumbiria a ré Amil justificar o aludido prejuízo financeiro do plano comercializado aos autores, de modo a validar a rescisão unilateral de contrato que perdura há 18 anos, não bastando singela alegação de prejuízo.

Os autores, ainda, comprovaram que a beneficiária Carolina encontrava-se sob tratamento médico oftalmológico e ortopédico (fls. 98/101), com indicação cirúrgica, quando houve a comunicação da rescisão contratual, e que não foi infirmada pela ré Amil.

Com aludido pelos recorrentes, a liberdade de contratar não é absoluta, devendo o contrato em apreço ser exercido nos limites da sua função social e da boa fé objetiva (artigos 421 e 422 do CC, e art. 51, IV, do CDC)

Logo, configurado o abuso de direito da ré (art. 187 do CC), subsiste a pretensão recursal no que pertine à rescisão unilateral imotivada, devendo ser mantido o contrato firmado.

Nesse sentido:

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL IMOTIVADA. I. Caso em Exame: Trata-se de apelação interposta contra sentença que julgou procedente ação de



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

obrigação de fazer para condenar a ré a manter a vigência do contrato celebrado, sendo permitida a rescisão unilateral apenas em caso de fraude ou inadimplência, nos termos do art. 13, II, da Lei nº 9.656/98. II. Questão em Discussão: A questão em discussão consiste em verificar a possibilidade de rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo empresarial com menos de 30 beneficiários sem motivação idônea. III. Razões de Decidir: Contrato de plano de saúde que abrange apenas 3 vidas, todos integrantes do mesmo grupo familiar. Contrato que deve ser considerado como individual/familiar. Afastada a disposição contratual que prevê a possibilidade de rescisão imotivada desde que notificada com 60 dias de antecedência. Necessidade de motivação idônea. Precedentes. IV. Dispositivo e Tese: Tese de julgamento: Contrato de plano de saúde que deve ser considerado como individual/familiar. Afastada a disposição contratual que prevê a possibilidade de rescisão imotivada desde que notificada com 60 dias de antecedência. Necessidade de motivação idônea. Recurso improvido.

(TJSP; Apelação Cível 1114690-16.2023.8.26.0100; Relator (a): James Siano; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 25ª Vara Cível; Data do Julgamento: 01/04/2025; Data de Registro: 01/04/2025)

Ação cominatória visando o restabelecimento de plano de saúde coletivo empresarial, cumulada com indenização por danos morais Parcial procedência em primeiro grau Rescisão imotivada da apólice Modalidade de contrato "falso coletivo", envolvendo (03) três usuários Incidência do Código de Defesa do Consumidor Precedente do Superior Tribunal de Justiça Incidência do art. 13, Parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98 Imprescindibilidade da manutenção do contrato Sentença mantida Recurso não provido.

(TJSP; Apelação Cível 1027292-81.2022. 8.26.0224; Relator (a): César Peixoto; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

Guarulhos - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/03/2023; Data de Registro: 14/03/2023).

PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. FALSO COLETIVO. INCIDÊNCIA DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. DENÚNCIA IMOTIVADA. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES. 1. O contrato de plano de saúde "falso coletivo" é admitido pela jurisprudência e está caracterizado no caso em apreço, pois a apólice denunciada contempla cinco vidas, todas integrantes de uma mesma família. 2. Assim, aplica-se ao caso o entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre planos de saúde coletivos atípicos, com menos de 30 vidas, incidindo a regra prevista no art. 13, parágrafo único, inc. II da Lei nº 9.656/1998 para os planos individuais, exigindo-se motivação idônea na hipótese de rescisão unilateral do contrato, o que não se verificou. 3. Recurso desprovido.

(TJSP; Apelação Cível 1084845-36.2023.8.26.0100; Relator (a): Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 25ª Vara Cível; Data do Julgamento: 20/03/2025; Data de Registro: 20/03/2025)

Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Sentença de procedência. Irresignação da ré. Demanda voltada à análise da validade da rescisão unilateral do plano de saúde. Contrato que conta com apenas 2 beneficiários de um mesmo núcleo familiar. Falsa coletivização. Incidência excepcional do regramento dos contratos individuais e familiares. Cancelamento unilateral e imotivado que esbarra no art. 51, IV, § 1º do CDC e no art. 13, par. único, II, da Lei nº 9.656/98. Precedentes do STJ e desta C. Câmara. Sentença mantida. Recurso desprovido.

(TJSP; Apelação Cível 1021189-04.2023.8.26.0554; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 32ª Vara Cível; Data do Julgamento: 20/02/2024; Data de Registro: 20/02/2024)

VI) Nesses termos dou provimento ao recurso dos autores,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
9ª Câmara de Direito Privado

reconhecendo a abusividade da rescisão unilateral imotivada, e determinando o restabelecimento do plano de saúde.

Em razão da sucumbência, condeno a ré ao pagamento das custas e despesas processuais, e honorários advocatícios que ficam arbitrados em 15% sobre o valor da causa atualizado.

Diante do exposto, **dou provimento ao recurso.**

ALEXANDRE LAZZARINI
Relator
(assinatura eletrônica)