



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000353917

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1030358-19.2023.8.26.0003, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são apelados LEONARDO EUGENIO ULLOA GUZMAN (POR SI E REPRESENTANDO MENOR), ANA CLARA ULLOA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), THIAGO ANDRÉ ULLOA, MARCELO DE LIMA ALMKHOUL (MENOR(ES) ASSISTIDO(S)) e MARIA LUIZA SILVA DE LIMA (ASSISTINDO MENOR).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 9 de abril de 2025.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES

relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1030358-19.2023.8.26.0003

Apelante: Central Nacional Unimed – Cooperativa Central

Apelados: Ana Clara Ulloa (menor) e Outros

Comarca: São Paulo – 4ª Vara Cível do Foro Regional do Jabaquara

MM. Juiz de 1ª instância: Renan Augusto Jacó Mota

VOTO Nº 52674

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE – Obrigação de fazer que visa a manutenção de contrato de prestação de serviços de saúde - Ação julgada parcialmente procedente – Irresignação que não prospera – Desistência da ação que somente cabe antes da sentença (artigo 485, §5º, do CPC) – Considerado fato superveniente mas que não modifica o dever da ré de manter o contrato em questão se eventualmente os autores ainda quiserem - Contrato coletivo que, em tese, comporta resilição unilateral imotivada por parte da operadora do plano de saúde – Segurado que, entretanto, enfrenta enfermidade, encontrando-se em tratamento, hipótese que exige criteriosa observância da necessidade da preservação do contrato – Aplicado o Tema 1082 do STJ – Recurso desprovido.

RELATÓRIO.

1. Trata-se de recurso de apelação interposto pela ré contra a r. sentença de fls. 266/272, cujo relatório se adota, que julgou

parcialmente procedente a ação de obrigação de fazer c/c pedido de nulidade de cláusula contratual, condenando-a a restabelecer o seguro saúde rescindido unilateralmente, nas mesmas condições de cobertura assistencial e valor da mensalidade. Em face da sucumbência recíproca, impôs ainda divisão da responsabilidade pelas custas da sucumbência, arcando cada parte com os honorários da parte adversa em valores especificados.

2. Inconformada, apela a ré buscando modificar o resultado do julgamento. Defende a possibilidade e a licitude da rescisão unilateral do contrato coletivo, nada justificando que fique atrelada a um contrato no qual não possui mais interesse econômico em manter ativo. Sustenta que não cabe ao caso o resultado do julgamento repetitivo que gerou o Tema 1082, tendo em vista que o apelado não está internado ou possui enfermidade grave. Aduz que a rescisão visa preservar o equilíbrio econômico, sendo justa a sua motivação, e tendo havido a prévia notificação, mostra-se regular o encerramento do contrato.

3. Recolhido o preparo (fls. 295/296), o recurso foi processado, sendo apresentadas contrarrazões, onde defendida a manutenção do decidido, sem arguição de matéria preliminar (fls. 300/315).

4. Peticionam os apelados informando que realizaram a portabilidade para outro plano de saúde, com a consequente perda

do objeto da demanda, requerendo a desistência do processo, nos termos do artigo 485, inciso VIII, do Código de Processo Civil (fls. 325 e 330).

5. Opina a douta Procuradoria Geral de Justiça pela concessão da oportunidade de manifestação da apelante sobre o pedido de desistência (fls. 338), no que foi atendido (fls.

6. Apresenta a apelante sua concordância com a desistência do processo, mas destacando que compete aos autores arcarem com as custas da demanda (fls. 712/713).

FUNDAMENTOS.

7. Primeiramente, cumpre destacar que não é caso de julgar extinto o processo, sem o exame do mérito nos termos do artigo 485, inciso VIII, do Código de Processo Civil. Isto porque, o mesmo artigo, em seu §5º, dispõe expressamente que somente é possível desistir do processo até o proferimento da sentença, o que não é o caso, quando a desistência somente veio aos autos após o julgamento de primeiro grau.

8. Desta forma, independente da manifestação das partes quanto à perda de objeto do processo, o certo é que necessário o julgamento do mérito, competindo à parte autora avaliar quanto à necessidade ou não de executar o título judicial estabelecido.

9. Assim, passa-se ao exame do mérito do apelo trazido pela ré

para desacolher a pretensão de reforma.

10. De fato, não se afigura minimamente razoável o cancelamento de um contrato de extrema relevância como é caracterizado o de plano de saúde, quando o beneficiário é uma criança que se encontra em pleno tratamento, havendo a necessidade do cuidado no exame das questões controvertidas para a preservação do equilíbrio contratual.

11. Não obstante tratar-se de plano de saúde coletivo, é certo que o destinatário final do contrato é o indivíduo, que não pode ficar, de uma hora para outra, desprovido de qualquer assistência médica.

12. O fato de a contratante ser pessoa jurídica não obsta a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista que ela figura como mera estipulante e, ainda que este tipo de contrato apresente condições mais favoráveis de contratação, não se pode permitir desvincular, de forma abrupta, a figura dos consumidores na modalidade de contratação coletiva.

13. O STJ, inclusive, já se pronunciou a respeito por meio da Súmula 608, que possui a seguinte redação: "*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*"

14. Afinal, sendo a função social do contrato a preservação da vida e da saúde, vigorando o princípio da boa-fé objetiva, é claro

que a intenção do consumidor é estar protegido quando estiver com sua saúde fragilizada. E é essa a promessa também que a seguradora faz no momento da contratação.

15. Assim, cumpre destacar a particularidade do caso em tela, vez que, a interrupção do tratamento médico poderia culminar em consequências sérias à saúde do apelado enfermo, a caracterizar circunstância excepcional que exige cuidado e ajuste, pois se verifica do processo a premente necessidade de o menor permanecer no plano de saúde, por ser portador de patologia que requer acompanhamento médico, fatos estes que obstam, no meu entendimento, o cancelamento do plano de saúde por ele utilizado.

16. Ademais, para dirimir a controvérsia, não se pode deixar de considerar, o julgamento dos REsp's 1842751/RS e 1846123/SP, em que fixada a seguinte tese (Tema 1082, do C. STJ): *"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"*.

17. Contudo, embora entenda-se pelo direito à continuidade do contrato em questão, de outro lado, não se pode deixar de

considerar o fato superveniente consistente na notícia de que os apelados acabaram por fazer a portabilidade para outro plano de saúde, o que implica na efetiva perda de objeto do pedido inicial, mas sem deixar de considerar a existência da obrigação do plano de saúde que deveria ter continuado com o contrato que unia as partes em negócio relevante, ou seja, deu causa à presente demanda.

18. Assim, mantém-se o resultado de procedência parcial do pedido inicial, majorando os honorários advocatícios a cargo da ré para o valor de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais), nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil.

19. Diante do exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos da fundamentação supra.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES
RELATOR