



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000361373

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010366-14.2024.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, são apelados DARCY CHAVES SILVEIRA e CLEUSA CORREA SILVEIRA.

ACORDAM, em 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(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente) E GIFFONI FERREIRA.

São Paulo, 8 de abril de 2025.

FERNANDO MARCONDES

RELATOR

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Apelação Cível nº 1010366-14.2024.8.26.0011

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelados: Darcy Chaves Silveira e Cleusa Correa Silveira

Comarca: São Paulo - 3ª Vara Cível do Foro Regional de Pinheiros

Magistrado de origem: Swarai Cervone de Oliveira

Voto nº 11759

EMENTA: APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. CONTINUIDADE DOS CUIDADOS ASSISTENCIAIS. BENEFICIÁRIOS IDOSOS. NÃO PROVIMENTO.

I. Caso em exame

1. Apelo interposto contra sentença que julgou procedente o pedido para assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos à autora por plano de saúde, até a alta, e ofertar novo plano sem novas carências. A operadora de saúde recorre, arguindo, em preliminar, correção do valor da causa, e, no mérito, alegando cumprimento das normas para rescisão e questionando a manutenção do plano.

II. Questão em discussão

2. A questão em discussão consiste na análise da legalidade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo e a obrigação de continuidade dos cuidados assistenciais durante tratamento médico essencial, sobretudo em razão da avançada idade dos beneficiários.

III. Razões de decidir

3. A impugnação ao valor da causa não foi arguida no momento oportuno, em preliminar de contestação, operando-se a preclusão.

4. O recurso não comporta provimento, pois a sentença aplicou corretamente o entendimento do STJ no Tema 1.082, que assegura a continuidade dos cuidados assistenciais em caso de tratamento médico essencial.

5. Os relatórios médicos comprovam a necessidade de

tratamento contínuo dos apelados, e a rescisão do contrato geraria vulnerabilidade, violando a função social do contrato e princípios do CDC.

IV. Dispositivo e tese

6. RECURSO DESPROVIDO. 7. *Tese de julgamento:* “1. A rescisão unilateral de plano de saúde coletivo durante tratamento médico essencial é abusiva e viola a função social do contrato. 2. A operadora deve assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a alta, desde que o titular arque com as mensalidades.”

Legislação Citada:

CPC, art. 293, art. 85, § 11;
Lei nº 9.656/98, art. 13, parágrafo único, III;
CDC, art. 51, IV.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp n. 1.842.751/RS, Tema 1.082;
TJSP, Apelação Cível 1080722-95.2023.8.26.0002, Rel. José Carlos Ferreira Alves, j. 09/01/2025;
Apelação Cível 1010113-33.2023.8.26.0020, Rel. José Joaquim dos Santos, j. 05/11/2024.

1. Trata-se de apelo interposto contra r. sentença (fls. 553/556) que assim dispôs:

“Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido formulado para, confirmando a tutela antecipada, determinar que o plano de saúde réu assegure a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos à autora, até a efetiva alta, mediante contraprestação devida, nos moldes anteriormente praticados; em caso de alta, deverá a ré ofertar à autora novo plano de saúde, individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novas carências. Em consequência, JULGO EXTINTO o processo, nos termos do artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil. Em razão da sucumbência, a ré arcará com as custas, despesas processuais e honorários advocatícios, que fixo no montante de 10% do valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil.”

A operadora de saúde recorre (**fls. 564/583**), arguindo, preliminarmente, **(I)** correção do valor atribuído à causa. No mérito, aduz, em síntese, que: **(II)** a rescisão unilateral do contrato coletivo obedeceu a todos os critérios legalmente impostos pela Lei nº 9.656/98 e pela Resolução Normativa nº 557/22 da ANS; **(III)** a parte autora não se encontra internada, tampouco realiza tratamento para preservação de sua incolumidade física ou de sua vida; **(IV)** houve comunicação do cancelamento do plano de saúde, bem como orientações no sentido de contratação de novo plano, sem cumprimento de prazos de carência; **(V)** não pode ser forçada a manter apenas um beneficiário, em única apólice, sem vínculo com qualquer administradora, o que enseja descumprimento de exigência da ANS quanto ao quesito de elegibilidade, além de estar exposta a sanções regulatórias; **(VI)** em caso de migração de plano, deve restar consignada a migração para plano referência, mediante pagamento integral e mensal do novo plano. Contrarrazões (**fls. 589/610**). Oposição ao julgamento virtual manifestada pela parte apelada (**fl. 615**).

É o relatório.

2. O recurso não comporta provimento.

De início, não se pode conhecer da preliminar de impugnação ao valor atribuído à causa, posto que, nos exatos termos do art. 293, CPC, “[o] réu poderá impugnar, em preliminar da contestação, o valor atribuído à causa pelo autor, sob pena de preclusão, e o juiz decidirá a respeito, impondo, se for o caso, a complementação das custas”, o que não foi feito no momento oportuno.

Pois bem.

A ação proposta para compelir a operadora de saúde

ao restabelecimento e manutenção do plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura e preço, foi julgada procedente, dando margem ao apelo em exame.

De início, verifica-se que a r. sentença guerreada aplicou corretamente o entendimento do Superior Tribunal de Justiça consolidado no Tema 1.082 (REsp n. 1.842.751/RS), que assegura o direito à continuidade dos cuidados assistenciais quando o beneficiário de plano de saúde coletivo se encontra em pleno tratamento médico essencial à sua sobrevivência ou incolumidade física. Esse entendimento impõe à operadora o dever de manter o atendimento até a alta efetiva do paciente, ainda que tenha exercido o direito à rescisão unilateral do contrato, desde que o titular custeie as mensalidades devidas.

Na hipótese, os relatórios médicos apresentados (**fls. 102/103 e 330**) demonstram que os beneficiários realizam tratamento médico. O apelado Darcy possui diagnóstico de *Hipertensão arterial, Dulipiodemia, Hipotireoidismo, antecedente de Aneurisma aterosclerótico da aorta abdominal*, e demais comorbidades. Já a apelada Cleusa tem antecedentes de *HAS, AVCI, Dislipidemia, Gastrite e Fibrilação atrial recorrente*. Ambos, diante da avançada idade (respectivamente, 100 e 88 anos de idade – **fls. 341/342**), necessitam, segundo os documentos apresentados, de acompanhamento médico e manutenção de cobertura pelo plano de saúde, diante de diversas internações decorrentes das patologias (cf. documentos de **fls. 104/327**), comprovando a necessidade de tratamento médico contínuo e especializado. A rescisão abrupta do contrato de plano de saúde, por conseguinte, geraria situação de extrema vulnerabilidade, violando a função social do contrato e os princípios protetivos assegurados pela legislação consumerista. Ademais, a interrupção dos cuidados médicos aos apelados configuraria desvantagem manifestamente excessiva, em desacordo com a boa-fé objetiva e a

proteção ao consumidor.

A presente relação jurídica é regida pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), conforme a Súmula nº 608 do STJ¹. À luz da legislação consumerista, a rescisão do contrato de forma unilateral e sem justificativa plausível no decorrer de tratamento de patologia caracteriza prática abusiva, expressamente vedada pelo artigo 51, IV², ao impor onerosidade excessiva ao consumidor. A operadora, ao rescindir o contrato nessas condições, coloca em risco o direito fundamental à saúde, constitucionalmente protegido e inerente à dignidade humana. Sendo assim, o contrato deve atender à sua função social, de modo a garantir que o beneficiário, diante de sua condição de saúde, possa manter o tratamento necessário e sem interrupções.

Ademais, por analogia, ao art. 13, parágrafo único, III da Lei nº 9.656/98³ e conforme Tema 1.082, segundo a qual "[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" (REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luís Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/06/2022, DJe de 01/08/2022), a rescisão do contrato resultaria em desvantagem exagerada ao autor, com a interrupção repentina do tratamento, comprometendo sua saúde.

¹ Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

² Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) IV - estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade;

³ Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 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.

Nesse sentido é a jurisprudência desta C. 2ª Câmara de Direito Privado:

*“APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE (...) 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.**”* (Apelação Cível 1080722-95.2023.8.26.0002; Relator: José Carlos Ferreira Alves; 2ª Câmara de Direito Privado; j. 09/01/2025)

*“Apelação Cível. Plano de saúde (...) **Manutenção do contrato de prestação de serviços de saúde. Ré que deve assegurar a continuidade do contrato mediante contraprestação devida, considerando estar a beneficiária em tratamento médico de grave patologia. Aplicação do Tema 1.082 do C. Superior Tribunal de Justiça, bem como do CDC e do artigo art. 13, parágrafo único, inciso III, da lei 9656/98. Direito à saúde que deve ser sublimado (...) Recurso improvido.**”* (Apelação Cível 1010113-33.2023.8.26.0020; Relator: José Joaquim dos Santos; 2ª Câmara de Direito Privado; j. 05/11/2024).

Por fim, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dá-se por prequestionados os



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

3. Diante do exposto, **nega-se provimento ao recurso**, majorando-se a verba honorária para 15% sobre o valor atualizado da causa (art. 85, § 11, CPC).

Fernando Marcondes
Relator