



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000369730

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008442-82.2024.8.26.0361, da Comarca de Mogi das Cruzes, em que são apelantes QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, são apelados GESMIR DA SILVA DEBRE e JOSÉ ANTONIO DEBRE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento aos recursos. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente), EMERSON SUMARIVA JÚNIOR E ERICKSON GAVAZZA MARQUES.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator

Assinatura Eletrônica

APELANTES: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A E AMIL
ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A
APELADOS: GESMIR DA SILVA DEBRE E JOSÉ ANTONIO DEBRE

VOTO nº 208.141

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL. MANUTENÇÃO DE CONTRATO. TRATAMENTO DE CÂNCER. RECURSOS DESPROVIDOS.

I. Caso em Exame

1. Recursos de apelação interpostos contra sentença que confirmou a tutela antecipada e julgou procedente o pedido para que as rés mantenham o plano de saúde dos autores nas mesmas condições contratuais até a alta da autora Gesmir, desde que os autores arquem com as mensalidades.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar a legitimidade passiva da administradora de benefícios e a legalidade do cancelamento do plano de saúde coletivo, considerando a necessidade de continuidade do tratamento médico da autora.

III. Razões de Decidir

3. A ilegitimidade passiva da administradora de benefícios não se sustenta, pois está vinculada à situação fática contratual.

4. A rescisão unilateral do plano de saúde, sem garantir a continuidade do tratamento da autora, idosa e em tratamento contínuo, coloca-a em desvantagem, violando o Código de Defesa do Consumidor e o Estatuto do Idoso.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recursos desprovidos.

Tese de julgamento: 1. A administradora de plano de saúde possui legitimidade passiva em demandas relacionadas ao cancelamento de contrato. 2. O cancelamento unilateral de plano de saúde coletivo é abusivo quando coloca em risco a saúde do beneficiário em tratamento contínuo.

Legislação Citada:

Código de Processo Civil, art. 487, inc. I; art. 85, §11.

Código de Defesa do Consumidor, art. 47, art. 51, inc. IV, art. 54.

Código Civil, art. 113, caput e §1º, inc. III; art. 422.

Lei nº 9.656/1998.

Estatuto do Idoso.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp nº 1.732.511/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, 3ª T., j.

04/08/2020, DJe 20/08/2020.

STJ, REsp nº 1.846.123/SP e REsp nº 1.842.751/RS, Tema Repetitivo nº 1.082.

STJ, REsp nº 1.792.893-SP, Rel. Min. Marco Buzzi, j. 04/02/2019, DJe 07/02/2019.

Trata-se de recursos de apelação (fls. 166/176 e fls. 183/199) interposta contra a sentença de fls. 158/163 que, com fundamento no art. 487, inc. I, do Código de Processo Civil, confirmou a tutela antecipada e julgou procedente o pedido para determinar que as rés mantenham o plano de saúde dos autores nas mesmas condições contratuais até a efetiva alta da autora Gesmir, desde que os autores arquem com as mensalidades.

Insurge-se a requerida Qualicorp, pugnando pela reforma da decisão atacada. Em suas razões recursais, argumenta, preliminarmente, ilegitimidade passiva, pois na condição de administradora de benefícios, é parte ilegítima para figurar no polo passivo da ação, uma vez que não possui qualquer ingerência sobre o encerramento unilateral do contrato coletivo por adesão, decisão que coube exclusivamente à operadora de saúde, conforme prevê a legislação da ANS, especialmente a Resolução Normativa 557/22. Ressalta que a Qualicorp atua apenas como estipulante e gestora administrativa do contrato, sem poder sobre a continuidade ou cancelamento da carteira. Destaca ainda que os contratos coletivos permitem, legal e contratualmente, a rescisão unilateral, diferentemente dos planos individuais, aos quais não se aplica a vedação prevista na Lei 9.656/98. Por fim, sustenta que a rescisão respeitou os termos contratuais e legais, que a Qualicorp não oferece planos individuais por vedação normativa (RN 515/22), e que não houve prática ilícita, razão pela qual requer a total improcedência da ação.

Por seu turno, apela a operadora alegando em síntese: o cancelamento do contrato de plano de saúde foi lícito, respeitando as cláusulas contratuais e disposições regulatórias, como a RN nº 509, da ANS, que permite a rescisão unilateral após 12 meses de vigência, com a devida notificação prévia. Refuta o argumento de que o cancelamento seria indevido em razão do tratamento de saúde do beneficiário, esclarecendo que este não garante a sua sobrevivência e que o contrato coletivo pode ser rescindido por ambas as partes. Alega também que a administradora tem a responsabilidade de oferecer um novo plano aos beneficiários afetados pela rescisão, e que a manutenção de um único beneficiário em um plano coletivo geraria risco de sanções regulatórias. Subsidiariamente, argumenta que a migração para um plano individual/familiar é inaplicável, pois não

comercializa esse tipo de plano, e que qualquer migração implicaria em valores significativamente superior aos praticados no plano coletivo. Por fim, requer a reforma da sentença para que os pedidos da apelada sejam julgados improcedentes, reconhecendo a legalidade do cancelamento do contrato.

Preparos realizados a fls. 177/178 e fls. 200/201.

Contrarrazões a fls. 205/211.

É O RELATÓRIO.

Não há razão para acolher-se a ilegitimidade de parte passiva levantada pela recorrente.

Isto se afirma, porquanto, não há dúvida de que o cancelamento do contrato havido entre as partes normalmente foi tratado pela pessoa jurídica que está na qualidade de administradora do plano de saúde em questão; fato é que esta situação não nega legitimidade para que figure no polo passivo da demanda qualquer das pessoas jurídicas vinculadas à mesma situação fática contratual, ou seja, a operadora do plano em questão e a administradora.

Superada esta questão, no mérito, sem razão as apelantes.

A apelada apresenta recidiva de Linfoma não-Hodgkin condição pela qual está submetida a tratamento contínuo que não pode ser interrompido de forma simples ou abrupta.

Pouco importa que tenham as recorrentes informado que viabilizaram a portabilidade sem carência para outra operadora de plano de saúde, o que fizeram apenas para cumprir o quanto a ela é imposto pela Resolução Normativa ANS nº 438/2018, e no art. 1º, da Resolução CONSU nº 19/1999.

Além disso, a circunstância de as apelantes terem formalizado distrato entre elas, ao contrário do quanto sustentado nas razões recursais, é irrelevante perante a recorrida, idosa, hipervulnerável, que realiza tratamento contínuo de saúde em razão de sua condição.

Na forma do art. 47, do Código de Defesa do Consumidor, as cláusulas contratuais, particularmente as inseridas em contratos por adesão (art. 54, do Código de Defesa do Consumidor c.c. o inc. IV, do art. 113, do Código Civil), merecem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, e é certo que quando possam acarretar àquele submissão a condições iníquas, que lhe coloquem em desvantagem

exagerada, são nulas de pleno direito (art. 51, inc. IV, do Código de Defesa do Consumidor), dada a sua incompatibilidade com o princípio da boa-fé (art. 113, caput, e § 1º, inc. III, do Código Civil).

Indiscutível que a Lei nº 9.656/1998, e seus regulamentos, autorizam a operadora do seguro de saúde a não renovar o contrato coletivo, todavia, “... o *Código de Defesa do Consumidor* 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 de seu grupo familiar”, como foi destacado pela Min. Nancy Andrighi quando do julgamento do REsp nº 1.732.511/SP (STJ, 3ª T., j. 04/08/2020, DJe 20/08/2020), oportunidade em que ainda asseverou a relatora que “*O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 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, ao cancelar imotivadamente o plano de saúde sob análise, pondo em risco a saúde da recorrida, as apelantes colocaram a beneficiária em evidente desvantagem, não tendo agido segundo a boa-fé, princípio fundamental e que deve pautar quaisquer relações contratuais em todas as suas fases (caput, do art. 113 c.c. art. 422, do Código Civil).

Acresça-se, ainda, que não se pode desconsiderar o fato de ser a recorrida idosa, contando atualmente com setenta e um anos de idade, portadora de linfoma não-Hodgkin (fls. 24), faz uso do plano de assistência médica há pelo menos quatorze anos (fls. 117/18).E, sendo assim, desconstituir esta situação de proteção à sua saúde já consolidada pelo tempo, para fazer prevalecer a pretensão das apelantes, acarretaria inevitável violação aos ditames constitucionais, ao Código de Defesa do Consumidor, e, ainda, ao Estatuto do Idoso.

De outro lado, não se cogita aqui que as recorrentes tenham a obrigação de suprir a omissão ou o dever ilimitado do Estado no setor saúde. Mas, enquanto prestadora de serviços de saúde, têm o dever de preservar a essência primeira do ser humano, qual seja, a vida, ao direito à saúde e de ser tratado.

Nesse sentido, inclusive, há precedentes do Superior Tribunal de Justiça,

valendo se conferir o teor dos julgamentos proferidos nos REsp 1.846.123/SP e REsp 1.842.751/RS, em que foi estabelecida a seguinte tese (Tema Repetitivo nº 1.082):

"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".

Terminando, ao determinar-se mantenham as apelantes assistência saúde à apelada, de modo algum está a ensejar que venha a operadora a se sujeitar aos termos das sanções previstas no art. 19, da RN nº 489/2022, da ANS, e isto simplesmente porquanto tal compreensão está prejudicada pelo comando contido na Resolução CONSU nº 19/1999, que impõe haja a absorção do universo de consumidores pelas operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde que operam ou administram planos coletivos quando ocorrida situação como a verificada nos autos, qual seja, a denúncia unilateral do contrato havido entre as partes, merecendo ficar claro que, ainda que a própria recorrente não comercialize planos individuais ou familiares, é seu encargo indicar outra operadora que o faça, e possa promover ao acolhimento da recorrida, quando então se dará migração que garantirá àquela última não sujeição à novas carências, ainda que tenha de pagar diverso valor de mensalidade.

Aliás, em caso semelhante, vale aqui repetir o quanto exposto na fundamentação de voto proferido pelo Min. Marco Buzzi, ao apreciar o REsp nº 1.792.893-SP (j. 04/02/2019, DJe 07/02/2019).

"Não é possível, dentro do microsistema do Código de Defesa do Consumidor, fazer-se uma interpretação restritiva ao consumidor, sob pena de grave violação ao sistema protetivo que inegavelmente integra as relações de consumo em benefício da parte hipossuficiente. Não se pode deixar de ter em conta que a rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis.

Nesse interim, não se pode diferenciar os contratos individuais dos coletivos ou empresariais, na medida em que, em última análise, estes também se destinam ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente para situações iguais".

Por ser assim, deve ficar mantida a continuidade do plano de assistência médica até efetiva alta.

Nesses termos, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos.

Tendo em conta o resultado do presente recurso, aplicável na hipótese o disposto no §11, do art. 85, do Código de Processo Civil, razão pela qual ficam majorados para 15% do valor da causa, os honorários fixados anteriormente na sentença.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator