



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000373763

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1015002-57.2023.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante ALLIANZ SAÚDE S/A, é apelado CLEBER PEREIRA DA SILVA.

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 ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente sem voto), ERICKSON GAVAZZA MARQUES E J.L. MÔNACO DA SILVA.

São Paulo, 15 de abril de 2025.

OLAVO PAULA LEITE ROCHA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação nº: 1015002-57.2023.8.26.0011
Parte Apelante: Allianz Saúde S/A
Parte Apelada: Cleber Pereira da Silva
Comarca: São Paulo
Voto nº 01125

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO MÉDICO CONTÍNUO. IMPOSSIBILIDADE. TEMA 1082 DO STJ. FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. A rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo empresarial não é permitida quando o beneficiário se encontra internado ou em tratamento contínuo, mesmo diante do encerramento das atividades da operadora. Prevalece o direito fundamental à saúde e à vida sobre interesses econômicos, em consonância com o Tema 1082 do STJ e os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato. A ausência de planos individuais na carteira da operadora não afasta o dever de continuidade assistencial. Jurisprudência consolidada reconhece a abusividade da interrupção da cobertura enquanto o tratamento médico for essencial à sobrevivência. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO.

Vistos.

Trata-se de **RECURSO DE APELAÇÃO** interposto pela parte ré contra a sentença proferida às fls. 199/205, que julgou parcialmente procedente a pretensão autoral, determinando a

manutenção compulsória do contrato de seguro saúde até a alta médica do demandante, mediante a contraprestação integral dos prêmios mensais e reajustes previstos para a modalidade coletiva com menos de 30 vidas.

Inconformada, a parte apelante busca a reforma da sentença, com apresentação de fundamentação jurídica multifacetada que contempla a legitimidade da rescisão do contrato coletivo vinculado à empresa Digital Lab Tecnologia, amparada na estrita observância das cláusulas contratuais e normas regulatórias da ANS, bem como na cessação integral das operações no segmento de planos coletivos, circunstância fática que inviabilizaria a manutenção isolada do vínculo. Invoca, também, a aplicação da Lei nº 9.656/98, que expressamente autoriza a rescisão unilateral dos contratos coletivos empresariais mediante cumprimento dos requisitos legais, rigorosamente observados no caso concreto. Quanto ao Tema 1.082 do STJ, sustenta interpretação restritiva da tese firmada, não abrangendo as hipóteses excepcionais de encerramento integral das operações no segmento, sob pena de imposição de obrigação materialmente inexecutável. Demonstra, ainda, óbice técnico-operacional caracterizado pela ausência de planos individuais em sua carteira, configurando impossibilidade jurídica de conversão contratual, mesmo em contexto de tratamento médico contínuo. No plano constitucional, arguiu violação aos princípios da livre iniciativa (art. 170, CF) e da autonomia privada, qualificando a determinação judicial como intervenção desproporcional na esfera econômica. Por derradeiro, invoca precedentes que reconhecem a validade da rescisão de contratos coletivos quando observados os

requisitos normativos, pleiteando a reforma integral da sentença e inversão do ônus sucumbencial.

Recurso tempestivo, devidamente preparado e processado com a resposta da parte adversa às fls. 245/255.

Sem intervenção ministerial, diante de apelação que envolve, neste momento processual, apenas interesse disponível de partes maiores e capazes.

Observado o prazo estabelecido pela Resolução nº 772/2017 do Egrégio Tribunal de Justiça, não houve oposição ao julgamento virtual.

Distribuído o recurso ao Des. J.L. MÔNACO DA SILVA, integrante desta 5ª Câmara de Direito Privado desta Corte, o processo foi redistribuído a este Relator, nos termos da Portaria de Designação nº 3/2025, com conclusão dos autos em 16/01/2025.

É o relatório.

Ausentes objeções preliminares, presentes os pressupostos de constituição e desenvolvimento válido do processo, passa-se ao julgamento do mérito.

Bem examinada a questão posta em Juízo, vê-se que a irresignação recursal não comporta provimento.

A celeuma posta à apreciação judicial orbita em torno da legitimidade da rescisão unilateral de contrato coletivo empresarial de plano de saúde pela operadora recorrente, sob o fundamento de encerramento das atividades no segmento de saúde suplementar e seus efeitos sobre beneficiário em tratamento médico.

A tensão decisória estabelece-se entre, de um lado, a autonomia privada, a liberdade econômica e a previsibilidade contratual e, de outro, a tutela de direitos existenciais vinculados à salvaguarda da saúde do beneficiário, notadamente em situação de vulnerabilidade agravada.

I. Paradigma contemporâneo dos contratos de assistência à saúde

O contrato de assistência à saúde suplementar, por sua própria natureza jurídica, transcende a lógica puramente mercantil e insere-se em contexto de especial proteção constitucional, haja vista sua vinculação direta ao direito fundamental à saúde, consagrado nos artigos 6º e 196 da Carta Magna, bem como ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República insculpido no artigo 1º, III, da Constituição Federal.

A hermenêutica constitucional, irradiando seus efeitos sobre o microsistema normativo da saúde suplementar, impõe uma interpretação finalística e sistêmica dos dispositivos legais aplicáveis, sem descuidar da preservação do equilíbrio econômico-

financeiro inerente à atividade securitária.

II. Da normatividade aplicável em perspectiva dialógica

A Lei nº 9.656/98, em seu artigo 13, parágrafo único, inciso II, estabelece a possibilidade de rescisão unilateral dos contratos coletivos. Entretanto, tal prerrogativa não possui caráter absoluto, devendo ser interpretada em consonância com o preceito inserto no inciso III do mesmo dispositivo legal, que veda expressamente a suspensão ou rescisão unilateral durante a ocorrência de internação do titular. Tal vedação, a despeito de sua previsão originária para planos individuais, projeta-se teleologicamente aos contratos coletivos, consoante entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça.

III. Da Jurisprudência Qualificada e sua Força Normativa

O Superior Tribunal de Justiça, no julgamento do Tema 1.082, em sede de recurso repetitivo, cristalizou o entendimento segundo o 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 devida."*

Tal precedente vinculante estabelece parâmetros objetivos para a aferição da abusividade nas hipóteses de rescisão contratual, privilegiando a continuidade assistencial como consectário lógico do princípio da boa-fé objetiva (artigo 422 do Código Civil) e da função social do contrato (artigo 421 do Código Civil).

A recorrente sustenta que a tese firmada no Tema 1.082 não abarcaria a situação específica de encerramento das atividades no segmento de saúde suplementar. Tal alegação, contudo, não encontra respaldo hermenêutico adequado, porquanto a razão de decidir do precedente vinculante assenta-se precisamente na proteção da continuidade do tratamento médico, independentemente da motivação empresarial que ensejou a rescisão.

Nesse diapasão, colaciona-se precedentes desta Corte que corroboram o entendimento ora esposado:

OBRIGAÇÃO DE FAZER. MANUTENÇÃO DO CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. Parte autora que pleiteia a manutenção do contrato de plano de saúde coletivo, pedido julgado procedente pela r. sentença. Recurso da ré. Alegação de que o plano coletivo pode ser rescindido imotivadamente por qualquer uma das partes, após vigência de doze meses, desde que comunicado a outra parte com antecedência de 60 dias. Não acolhimento - Beneficiária em tratamento de doença grave - Ainda que preenchidos os requisitos exigidos para rescisão unilateral do contrato de plano coletivo, deve ser reconhecida a abusividade da denúncia imotivada realizada quando a beneficiária se encontra em tratamento médico contínuo,

indispensável à preservação de sua saúde e sobrevivência - Aplicação do art. 13, par. único, III, da Lei n. 9.656/98 extensível aos contratos coletivos por adesão - Tema 1082 do C. STJ. Contrato que deve ser mantido em favor da autora, enquanto perdurar o tratamento de sua doença - R. sentença de procedência mantida - RECURSO DESPROVIDO.

(TJSP; Apelação Cível 1016083-41.2023.8.26.0011; Relator (a): Angela Moreno Pacheco de Rezende Lopes; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 26/03/2024; Data de Registro: 26/03/2024)

"APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - MANUTENÇÃO DE CONTRATO - CANCELAMENTO NA PENDÊNCIA DE TRATAMENTO DE DOENÇA GRAVE - Aplicação do Tema 1082 do C. Superior Tribunal de Justiça- Operadora que deve 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, mediante pagamento da contraprestação - Sentença mantida - Recurso desprovido"

(Apelação Cível nº 1018556-87.2023.8.26.0564, 2ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Fernando Marcondes, j. 21.03.2024)

"Ação de obrigação de fazer - Plano de saúde - Rescisão unilateral imotivada - Sentença de procedência - Insurgência da ré - Preliminar de ilegitimidade ativa da requerente - Afastamento - Teor da Súmula 101 desta E. Corte - Autora em tratamento oncológico - Impossibilidade de interrupção - Inteligência do Tema 1082 do STJ Cláusula contratual que ofende ao princípio da função social, da boa-fé e aos ditames do CDC -

Aplicação analógica do art. 13, § único, inciso II, da Lei dos Planos de Saúde - Sentença mantida - Recurso não provido - Nega-se provimento ao recurso"

(Apelação Cível nº 1054961-12.2022.8.26.0224, 4ª Câmara de Direito Privado, Rel. Des. Maria Dalla Déa Barone, j. 28.02.2024)

IV. Da Inexistência de Vulneração aos Princípios da Livre Iniciativa e Autonomia Privada

A apelante invoca, como fundamento recursal, suposta violação aos princípios da livre iniciativa e da autonomia privada. Tal argumentação, contudo, revela-se insuficiente para afastar a incidência das normas protetivas ao consumidor em situação de vulnerabilidade agravada.

O ordenamento jurídico pátrio, ao consagrar a livre iniciativa como fundamento da ordem econômica no artigo 170 da Constituição Federal, estabelece, no mesmo dispositivo, a defesa do consumidor como princípio limitador da atividade econômica, evidenciando a necessidade de compatibilização entre os interesses patrimoniais e existenciais.

Nesse contexto, a regulação estatal da atividade securitária, por meio de normas cogentes e de ordem pública, configura manifestação legítima do poder conformador do Estado, visando ao equilíbrio nas relações contratuais que envolvem direitos fundamentais.

V. Da Inaplicabilidade do Argumento de

Impossibilidade Técnica

A recorrente sustenta a impossibilidade de cumprimento da obrigação imposta pela sentença, sob o argumento de que não comercializa planos individuais. Tal alegação não prospera por duas razões fundamentais.

Primeiramente, porque a obrigação imposta não consiste na conversão do plano coletivo em individual, mas sim na manutenção excepcional e temporária da cobertura assistencial até a conclusão do tratamento médico, mediante contraprestação financeira do beneficiário.

Em segundo lugar, porque a Resolução Normativa nº 19 do CONSU, recepcionada pelo marco regulatório da Lei nº 9.656/98, preconiza expressamente o dever de disponibilização de plano ou seguro alternativo na hipótese de encerramento do benefício coletivo, sem imposição de novos períodos de carência, nos seguintes termos:

"Art. 1º As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex-empregados, deverão disponibilizar plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência."

A alegada impossibilidade técnica, portanto, decorre

de opção negocial da própria operadora e não pode ser invocada em seu benefício, em detrimento dos direitos do consumidor, por força do princípio *nemo auditur propriam turpitudinem allegans* (a ninguém é dado beneficiar-se da própria torpeza).

VI. Da Aplicação Concatenada dos Princípios Jurídicos Incidentes

A exegese da controvérsia em tela demanda a aplicação coordenada de múltiplos princípios jurídicos, notadamente: (i) o princípio da boa-fé objetiva (art. 422, CC), que impõe deveres anexos de cooperação, informação e lealdade; (ii) o princípio da função social do contrato (art. 421, CC), que condiciona a liberdade contratual aos interesses sociais; (iii) o princípio da interpretação mais favorável ao consumidor (art. 47, CDC); e (iv) o princípio da conservação dos contratos, que privilegia a manutenção do vínculo contratual quando possível.

A partir dessa imbricação principiológica, constata-se que a manutenção excepcional da cobertura assistencial, em situação de tratamento médico contínuo ou internação hospitalar, representa solução harmônica com o sistema jurídico vigente, sem representar intervenção desproporcional na liberdade econômica da operadora.

Ante o exposto, com fulcro na fundamentação supra, **NEGA-SE PROVIMENTO AO RECURSO** de apelação, mantendo-se incólume a r. sentença recorrida, por seus próprios e jurídicos

fundamentos, integrados pelas razões ora expendidas.

Desprovido na íntegra o recurso, é cabível a majoração dos honorários de sucumbência prevista no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil, a 20% do valor atualizado da causa, sendo 12,5% aos advogados do autor, mantidos 7,5% aos advogados da parte ré, em razão do recente entendimento do Col. STJ ao fixar a tese do Tema 1.059 (REsp's nºs 1.865.553/PR, 1.865.223/SC e 1.865.633/RS), a saber: "*A majoração dos honorários de sucumbência prevista no art. 85, § 11, do Código de Processo Civil pressupõe que o recurso tenha sido integralmente desprovido ou não conhecido pelo tribunal, monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente (...)*" (grifou-se).

É como se vota.

OLAVO PAULA LEITE ROCHA

Relator