



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Registro: 2025.0000375752

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1078551-31.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS S.A., é apelado HABIB LICHAKADDISSI.

ACORDAM, em 10ª 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 Exmos. Desembargadores JAIR DE SOUZA (Presidente) E ANGELA MORENO PACHECO DE REZENDE LOPES.

São Paulo, 15 de abril de 2025

JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO

RELATOR

Assinatura Eletrônica



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

APELAÇÃO Nº 1078551-31.2024.8.26.0100

APELANTES: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL e
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

APELADO: HABIB LICHA KADDISSI

JUIZ: GUILHERME MADEIRA DEZEM

VOTO Nº 38.110

***APELAÇÃO** – Plano de Saúde - Ação de Obrigação de Fazer – Alegação de cancelamento do plano de saúde pelas rés – Sentença de procedência – Inconformismo das rés: da QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A, arguindo preliminar de ilegitimidade passiva; alegando, quanto ao mérito, que o cancelamento foi legítimo, expressamente previsto no contrato e foi realizado pelo plano de saúde, sendo que a administradora apenas cumpriu seu papel, comunicando seus beneficiários da decisão tomada; e da CENTRAL NACIONAL UNIMED, alegando que a rescisão unilateral é legítima e obedeceu a todos os critérios legalmente impostos pela Lei, inclusive com notificação do segurado, comunicando o cancelamento do plano de saúde, bem como ofertando portabilidade e que inexistia a possibilidade de disponibilização de plano individual, na medida em que não o possui - Preliminar afastada –Beneficiário que se encontra em meio a tratamento contra doença grave - Impossibilidade de interrupção do tratamento - Bem da vida tutelado que se sobrepõe às questões negociais – Recursos desprovidos.*

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta contra sentença proferida pelo MM. Juiz da 44ª Vara Cível Central, Comarca da Capital, em Ação de Obrigação de Fazer proposta por HABIB LICHA KADDISSI contra CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. que julgou a ação procedente para determinar que as rés mantenham o plano de saúde do autor ativo, com todas as coberturas originalmente contratadas, assegurado a continuidade de seu tratamento de saúde. Em



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

razão da sucumbência, deverá a parte ré arcar com as custas e despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% (dez por cento) do valor da causa.

Apela a QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A, arguindo preliminar de ilegitimidade passiva. No mérito, alega, em apertada síntese, que o cancelamento foi legítimo, expressamente previsto no contrato e foi realizado pelo plano de saúde (Tema 1.082 do STJ), sendo que a administradora apenas cumpriu seu papel, comunicando seus beneficiários da decisão tomada.

Apela a ré CENTRAL NACIONAL UNIMED, alegando, em síntese, que a rescisão unilateral é legítima e obedeceu a todos os critérios legalmente impostos pela Lei, inclusive com notificação do segurado, comunicando o cancelamento do plano de saúde, bem como ofertando portabilidade e que inexistia a possibilidade de disponibilização de plano individual, na medida em que não o possui.

Recursos tempestivos, preparados e contrarrazoados, com preliminar de não conhecimento dos recursos por conterem argumentos idênticos à contestação.

É o breve relatório do necessário.

Os recursos não comportam acolhimento, em conformidade com a fundamentação a seguir exposta.

Trata-se de Ação de Obrigação de Fazer ajuizada pelo autor contra as rés, objetivando o restabelecimento do plano de saúde contratado, sob a alegação de que ele foi cancelado de forma abusiva, visto que está em tratamento médico. Houve apresentação de contestação, sobrevindo a sentença que julgou a ação procedente para determinar que as rés assegurem a continuidade do tratamento do autor, disponibilizando plano de saúde com as mesmas condições vigentes ao tempo da rescisão.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

do contrato coletivo do qual era beneficiário, decisão essa que motivou os presentes inconformismos.

Inicialmente, rejeito a preliminar arguida em contraminuta.

Não se descarta que o recurso de apelação deve conter os elementos de razão pelos quais entende o recorrente deva ser reformado o julgado, estabelecendo relação dialética que esclareça os equívocos cometidos pela sentença de primeiro grau.

No caso em tela, a argumentação articulada pelas apelantes é suficiente e direcionada a impugnar os fundamentos da decisão, pelo que deve ser tido por preenchido esse requisito de admissibilidade.

Nesse sentido: **“As razões do recurso apelatório são deduzidas a partir do provimento judicial recorrido, e devem profligar os argumentos deste, insubstituíveis (as razões) pela simples referência a atos processuais anteriores, quando a sentença inexistia, ainda. Impende, ademais, que o Tribunal "ad quem", pelos fundamentos, se aperceba, desde logo, de quais as razões efetivamente postas, pelo apelante, acerca de novo julgamento que lhe seja mais favorável”** (RSTJ 54/192)

Igualmente, rejeito a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pela QUALICORP.

Isso porque, a administradora integra a cadeia de consumo na condição de administradora do plano de saúde contratado pelo autor, que teve a prestação de serviço interrompida, justificando, portanto, sua legitimidade passiva “ad causam”.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

Com efeito, na condição de "Administradora de Benefícios" no contrato que foi celebrado entre as partes e a corre CENTRAL NACIONAL UNIMED, restou incontroverso que a empresa QUALICORP é responsável pela cobrança das mensalidades do plano, o que demonstra sua ativa participação na relação contratual objeto da discussão travada nos autos.

Ademais disso, tratando-se de relação de consumo, a empresa administradora de benefícios, integrante da cadeia de fornecimento de serviços perante a autora, é solidariamente responsável por todos os fatos relacionados ao contrato, nos termos dos artigos 7º, 14 e 18, todos do Código de Defesa do Consumidor.

No mérito, é certo que de acordo com o entendimento do Colendo Superior Tribunal de Justiça, o contrato de plano de saúde coletivo pode ser extinto sem motivação e de forma unilateral pela sua operadora, desde que respeitado o prazo mínimo de 12 (doze) meses, a comunicação prévia de no mínimo 60 dias de antecedência e, ainda, o oferecimento aos beneficiários da possibilidade de contatação de plano individual, sem a exigência de novo período de carência, não sendo aplicado a este tipo de contrato o artigo 13 da Lei 9656/98 que veda a rescisão unilateral dos contratos individuais ou familiar.

Ocorre que o contrato de assistência à saúde tem como objeto, a preservação da vida do segurado ou beneficiário e, portanto, a rescisão do contrato de forma unilateral pela seguradora sem a apresentação de um motivo plausível contraria à boa-fé objetiva e à função social do contrato que tem por objeto, dentre outros, disponibilizar o devido tratamento médico.

E, assim sendo, é vedado à operadora do plano de saúde simplesmente interromper o contrato, notadamente quando um dos beneficiários está



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

em meio a tratamento médico indispensável à manutenção da sua saúde.

Desse modo, considerando a função social do contrato, a prevalência do direito à vida e à preservação da saúde, e que o autor encontra-se em tratamento oncológico, a reativação do plano de saúde ou a inclusão em plano individual, nas mesmas condições anteriormente vigentes, era medida de rigor.

A propósito, a respeito do tema, confirmam-se os seguintes julgados deste Tribunal de Justiça:

“Plano de Saúde Consumidor - Ação de Obrigação de Fazer - Rescisão do contrato de plano de saúde coletivo Co-autora diagnosticada com doença grave, em tratamento - Manutenção no plano de saúde, nos mesmos moldes vigentes quando do contrato coletivo, inclusive com relação ao valor da mensalidade, até a alta do beneficiário - Após a alta deverá ser possibilitada a contratação de plano individual/familiar ao beneficiário e seus dependentes, nas mesmas condições do contrato coletivo que integrava, observando, contudo, o valor da mensalidade relativo ao plano contratado - Observância ao princípio da boa-fé objetiva - Entendimento pacificado nesta Corte - Impossibilidade de interrupção do tratamento, mesmo após a rescisão do contrato - Bem da vida tutelado que se sobrepõe às questões negociais - Entendimento do E. STJ - Possibilidade de rescisão do contrato coletivo com relação aos demais beneficiários - Exceção que se aplica apenas ao



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

beneficiário em tratamento médico contínuo - Sentença parcialmente reformada - Recurso parcialmente provido”
(Apelação nº 1004879-40.2017.8.26.0001, 7ª Câmara de Direito Privado, Relator Luiz Antonio Costa, j. 04/04/2018).

“PLANO DE SAÚDE - Contrato coletivo - Rescisão unilateral pela estipulante - Inadmissibilidade - Aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9656/98 Art. 1º da Resolução nº 19, do CONSU, que prevê direito dos beneficiários de substituição por plano individual ou familiar, sem carência, com custo a ser avençado entre as partes, obedecendo aos critérios da razoabilidade e da proporcionalidade, à idade do beneficiário, extensão dos serviços oferecidos e parâmetros de mercado, preservado o equilíbrio contratual - Ausência de demonstração de tal oferta - Vigência do contrato mantida a autora até o oferecimento de contrato familiar ou individual, sem a obrigatoriedade de cumprimento de novas carências, com a manutenção das mesmas condições de cobertura do antigo plano de saúde, mediante contraprestação do beneficiário fixada dentro dos critérios da razoabilidade e proporcionalidade à idade do beneficiário, extensão dos serviços oferecidos e parâmetros de mercado - Sentença mantida - Apelos desprovidos” (Apelação nº 1010148-70.2016.8.26.0009, 6ª Câmara de Direito Privado, Relator Percival Nogueira, j. 16/08/2018).



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

“PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO. Legitimidade passiva da operadora de saúde e da administradora de benefícios, atuantes diretas e conjuntas na cadeia de consumo. Responsabilidade solidária. RESCISÃO CONTRATUAL IMOTIVADA. Abusividade, diante da justa expectativa dos usuários, que demandam de tratamento médico já agendado, de contar com a prestação de serviços médicos e hospitalares que contrataram. Ofensa à função social do contrato, à boa-fé contratual e à preservação do contrato. Equilíbrio contratual não pode resguardar apenas à operadora de saúde, que, no momento em que lhe competir assegurar tratamento médico aos consumidores, esvai-se de sua prestação obrigacional, ancorada no subterfúgio da rescisão unilateral. Necessária disponibilização de plano na modalidade individual ou familiar, sendo desnecessário o cumprimento de novos prazos de carência. Resolução CONSU 19. DANO MORAL. Ocorrência. Quebra do pacto em momento em que os autores necessitariam da prestação de serviços médicos. Quantum bem fixado, que não comporta minoração. Sentença mantida. Apelo improvido” (Apelação nº 0010805-13.2017.8.26.0100, 5ª Câmara de Direito Privado, Relator Fábio Podestá, j. 17/10/2018).

Ante o exposto, nego provimento aos recursos.

Por fim, levando em conta o trabalho adicional



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO
São Paulo

desenvolvido pelo patrono do autor em decorrência dos apelos das rés, majorados os honorários advocatícios aplicados na sentença em favor este, ficam definitivamente fixados em 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, com fundamento no artigo 85, parágrafo 11, do Código de Processo Civil.

JOSÉ APARÍCIO COELHO PRADO NETO
Relator