



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000376939

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de **Apelação Cível nº 1007567-19.2024.8.26.0004**, da Comarca de São Paulo, em que é apelante Amil Assistência Médica Internacional S/A e apelados Aparecido Baptista de Lima e Elsa de Brito Lima.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª 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 SALLES ROSSI (Presidente) e PEDRO DE ALCÂNTARA DA SILVA LEME FILHO.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

BENEDITO ANTONIO OKUNO
Relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1007567-19.2024.8.26.0004

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelados: Aparecido Baptista de Lima e Elsa de Brito Lima

Comarca: São Paulo

Assunto: Reajuste Contratual

Voto nº 16.033

APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE - Ação de obrigação de fazer – Sentença de procedência – Insurgência da ré – Rescisão unilateral do contrato coletivo, sem observar a existência de beneficiário em tratamento – Beneficiário que inclusive realizou cirurgia pouco antes da notícia da rescisão imotivada – Comportamento inadequado e ilícito das rés que não observaram a garantia de atendimento a autora até final tratamento, como assegurado pelo art. 8º, § 3º, alínea “b”, da Lei 9.656/98 – Restabelecimento do contrato com a parte autora era de rigor – Sentença mantida – RECURSO NÃO PROVIDO.

Apelação interposta contra sentença que julgou procedente a ação para determinar a manutenção do plano de saúde, enquanto não encerrado o tratamento a que submetido os autores.

A sentença ainda condenou a requerida no pagamento das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% do valor da causa.

Alega a requerida a não incidência do Tema 1082 no caso em comento tendo em vista a necessidade de tratamento contínuo; que a

parte autora não se encontra em tratamento garantidor de sua sobrevivência ou internada ou com cirurgia agendada, mas sim acompanhamento médico padrão, o que pode se dar por meio de qualquer outra operadora do plano de saúde.

Discorre sobre a portabilidade e a contratação de novo plano, sem o cumprimento de novos períodos ou de cobertura parcial temporária; aponta a notificação prévia devidamente efetuada legitimando a rescisão contratual; ressalta o cancelamento de todos os contratos coletivos por adesão firmados entre a apelante e a ATAESA, encerrando-se a vigência em 25/06/2024; que os beneficiários devem ter a opção de migrar para nova operadora; que cabe a empresa estipulante contratar outro plano de saúde.

Acena com o exercício regular de direito; com a proibição de comercializar plano de saúde individual diante das regras da ANS; aponta o art 17 da RN 195/2009 revogado pela RN 557/2022 e também o princípio do 'pacta sunt servanda'.

O recurso foi processado e respondido, sendo encaminhado à segunda instância, onde foi admitido em seus regulares efeitos.

Os apelados manifestaram oposição ao julgamento virtual nas fls. 585/586.

É o relatório.

A despeito da manifestação de oposição ao julgamento virtual, diante da ausência de prejuízo ao apelado e prestigiando os princípios da celeridade e economia processual, remete-se os autos para o julgamento virtual.

Ação de obrigação de fazer visando o autor a manutenção do plano de saúde que possui desde 31/10/2007, por intermédio da ATAESA (Associação dos Transportadores Autônomos Escolares de Santo André), sobretudo considerando serem os autores idosos (79 e 80 anos de idade quando do ajuizamento da ação)

Embora o caso dos autos verse sobre contrato coletivo de saúde, esta Câmara, bem como esta Corte, vem consolidando o entendimento pela possibilidade de aplicação, por analogia, da Lei 9.656/98, como entendeu a sentença.

No presente caso, muito embora seja possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de saúde, após o cumprimento dos requisitos legais de tempo de vigência do plano e notificação prévia, existe peculiaridade que não foi observada pela parte ré e daí a constatação da abusividade e ilegalidade como veremos.

Como dito acima, os autores são beneficiários do plano de saúde coletivo por adesão, atualmente com 81 anos de idade (fls. 26 e 27) e diagnosticada a autora com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, Parkinson, dislipidemia, hipotireoidismo, glaucoma, artrose de joelho e tendinopatia de ombro, e o autor, diagnosticado com insuficiência valvar aórtica, utilizando válvula biológica em fevereiro de 2024, com internação recente (relatórios médicos de fls. 37/40 e 42/46)

Porém, para que a denúncia unilateral dos planos dessa modalidade seja válida, é preciso que se observem as condições apostas pela Resolução Normativa nº 195/2009 da ANS e pelo artigo 1º da Resolução nº 19 do CONSU.

Tendo a parte ré ciência de que os autores, beneficiários do plano de saúde estavam em tratamento, deveriam garantir o atendimento até final tratamento, como assegurado pelo art. 8º, § 3º, alínea “b”, da Lei nº 9.656/1998, que assim dispõe:

“Art. 8º - Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

(...)

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)”

Tal providência não foi observada, revelando comportamento inadequado e ilícito das rés quanto ao desfazimento da relação jurídica, descumprindo os deveres da boa-fé objetiva, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, entendimento do Colendo Superior Tribunal de Justiça:

“EMENTA. RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. QUESTÕES

DEVIDAMENTE ANALISADAS PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. CONTRATOCOLETIVO DE PLANO DE SAÚDE. RESILIÇÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. POSSIBILIDADE. NORMA DO ART. 13, INCISO II, DA LEI 9.656/1998 QUE INCIDE APENAS NOS CONTRATOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES. JURISPRUDÊNCIAPACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR. REFORMA DO ACÓRDÃO RECORRIDO NESSE PONTO. MANUTENÇÃO, PORÉM, DO PLANO DE SAÚDE PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE ESTIVEREM INTERNADOS OU EM TRATAMENTO MÉDICO, EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA BOA-FÉ, DA SEGURANÇAJURÍDICA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. LIBERDADE DE CONTRATAR QUE DEVE SER EXERCIDA NOS LIMITES E EM RAZÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS. BENS JURIDICAMENTE TUTELADOS PELA LEI DE REGÊNCIA - SAÚDE E VIDA - QUE SE SOBREPÕEM AOS TERMOS CONTRATADOS. APLICABILIDADE DO DISPOSTO NO ART. 8º, § 3º, "B", DA LEI 9.656/1998, EM INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA E TELEOLÓGICA. RESTABELECIMENTO DA SENTENÇA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO.

1. O propósito recursal é definir se, a par da adequação da tutela jurisdicional prestada (omissão no acórdão recorrido), é possível a resilição unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, bem como se operam ou não efeitos em relação aos beneficiários que estão com tratamento médico em curso.

2. Não há que se falar em negativa de prestação jurisdicional na hipótese, pois todas as questões suficientes ao julgamento da causa foram devidamente analisadas no acórdão recorrido.

3. O posicionamento adotado pelo Tribunal de origem diverge da jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, a qual proclama ser perfeitamente possível a resilição unilateral e imotivada de contrato coletivo de plano de saúde, desde que cumprido o prazo de vigência de 12 (doze) meses, bem como haja notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, uma vez que o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998, incide tão somente nos contratos individuais ou familiares.

4. Entretanto, não obstante seja possível a resilição unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, deve ser resguardado o direito daqueles

beneficiários que estejam internados ou em pleno tratamento médico, observando-se, assim, os princípios da boa-fé, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

4.1. Com efeito, a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos como o presente, cujos bens protegidos são a saúde e a vida do beneficiário, os quais se sobrepõem a quaisquer outros de natureza eminentemente contratual, impondo-se a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os referidos beneficiários encerrem o respectivo tratamento médico.

4.2. Ademais, não se pode olvidar que a própria Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998) estabelece, em seu art. 8º, § 3º, alínea "b", que as operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, desde que garanta a continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento médico, dentre outros requisitos.

4.3. Assim sendo, tomando como base uma interpretação sistemática e teleológica da referida lei, é de se concluir que o disposto no art. 8º, § 3º, alínea "b", da Lei n. 9.656/1998, que garante a continuidade da prestação de serviços de saúde aos beneficiários internados ou em tratamento médico, deverá ser observado não só nos casos de encerramento das atividades da operadora de assistência à saúde, mas também quando houver resilição unilateral do plano de saúde coletivo, como ocorrido na espécie, razão pela qual deve ser restabelecida a sentença de procedência parcial do pedido.

5. Recurso especial parcialmente provido.” (REsp 1.818.495/SP, Rel. Min. Marco Aurelio Bellizze, 3ª Turma, j. 08/10/2019)

Assim também já decidiu este Tribunal de Justiça, em caso análogo, envolvendo a requerida e a mesma situação de contrato firmado com a associação mencionada (ATAESA):

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. RECURSO IMPROVIDO. I. Caso em Exame. 1. Recurso de apelação interposto por Amil

Assistência Médica Internacional S/A contra sentença que determinou o restabelecimento do contrato de plano de saúde nas mesmas condições anteriormente vigentes. A ré alega encerramento de contratos coletivos por adesão e defende a licitude do encerramento conforme normas da ANS. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em determinar se é lícito o encerramento unilateral do contrato de plano de saúde coletivo por adesão enquanto o beneficiário está em tratamento médico contínuo. III. Razões de Decidir. 3. A rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo não pode ocorrer enquanto o beneficiário estiver em tratamento médico contínuo, sob pena de violar a função social do contrato e o direito à saúde. 4. O artigo 196 da Constituição Federal e o Código de Defesa do Consumidor garantem a continuidade do tratamento médico, mesmo em contratos coletivos, conforme entendimento do STJ no Tema Repetitivo 1.082. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo é abusiva se o beneficiário estiver em tratamento médico contínuo. 2. A continuidade do tratamento deve ser assegurada até a alta médica ou adesão a outro plano. Legislação Citada: CF/1988, art. 196; Lei 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor); Lei 9.656/1998, art. 13, parágrafo único. Jurisprudência Citada: STJ, REsp nº 1.842.751/RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 22.06.2022; TJSP, Apelação Cível 1044848-15.2024.8.26.0002, Rel. Vito Guglielmi, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 04.10.2013; TJ-SP, AI: 2258036-85.2021.8.26.0000, Rel. Luis Mario Galbetti, 7ª Câmara de Direito Privado, j. 27.01.2022. (TJSP; Apelação Cível 1038844-59.2024.8.26.0002; Relator (a): MÔNICA DE CARVALHO; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/02/2025; Data de Registro: 07/02/2025)

A despeito das alegações da apelante tem aplicação o decidido pelo Tema 1082, eis que a interrupção abrupta do plano coloca em risco a saúde e até mesmo a vida do beneficiário, caracterizando a violação à dignidade humana.

Outro requisito não cumprido no caso em análise, foi o da obrigatoriedade de oferta aos beneficiários de migração para plano

individual com a dispensa de novas carências, nos moldes do artigo 1º da Resolução 19 do CONSU:

"Artigo 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 esses benefícios 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".

O beneficiário do plano rescindido possui o direito de não se ver, de repente, privado da cobertura assistencial de que gozava, por essa razão é que se faz necessária a oferta de plano individual com mesma cobertura e livre de carências nas hipóteses de extinção do contrato coletivo.

A apelante alega que os autores não solicitaram a portabilidade de seu plano para nenhuma outra operadora mesmo ciente do cancelamento (fl 83)

O comunicado de fls. 280/281 é dirigido à ATESA e não confere à associação, nem mesmo aos beneficiários, nenhuma oferta de plano individual da mesma operadora, e indica, tão somente, que devem migrar para outra operadora, sem contudo, indicar quais planos e quais condições de cobertura e preço.

De igual maneira, assim decidiu o C. Superior Tribunal de Justiça, no exame dos REsp's n.º 1842751/SP e 1846123/SP (Tema 1082/STJ):

“RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL.

BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "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."

2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos.

3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.

4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

5. Caso concreto: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia expressa prevendo que, após o período de 12 meses de

vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde 10.11.2016, foi constatado que o menor - à época, recém nascido - é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor - dependente e titular - ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença - mantida pelo Tribunal de origem - condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se optar por aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido” (REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022).

Assim, estando o beneficiário em tratamento médico, que não pode ser interrompido, incabível o cancelamento do plano de saúde.

As circunstâncias exigem a relativização das regras, com o afastamento de uma simples interpretação literal dos textos normativos.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Assim o que se vê é que o cancelamento está em desconformidade com as normas e jurisprudência sobre o assunto.

Diante da ausência de oferta de plano individual, bem como diante do fato de que o beneficiário está em tratamento médico, incabível o cancelamento imotivado do plano de saúde.

Nestas condições, não se verifica o desacerto da sentença, que fica mantida por seus próprios fundamentos, além daqueles aqui acrescidos.

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO.**

BENEDITO ANTONIO OKUNO

Relator