



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000378615

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010087-63.2023.8.26.0625, da Comarca de Taubaté, em que são apelantes UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, UNIMED TAUBATE COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, é apelada ANNA MARIA MARQUES DA SILVA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª 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 DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), ALEXANDRE LAZZARINI E EDSON LUIZ DE QUEIROZ.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

GALDINO TOLEDO JÚNIOR

Relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1010087-63.2023.8.26.0625

Comarca de Taubaté

Apelantes: Unimed Seguros Saúde S/A e outras

Apelada: Anna Maria Marques da Silva

Voto nº 42.386

PLANO DE SAÚDE - Cancelamento de contrato - Pleito cumulado com restituição de valores - Procedência decretada - Preliminar de ilegitimidade passiva - Não ocorrência - Abusividade da conduta reconhecida - Relação de consumo que não permite que o fornecedor obtenha vantagem exagerada em detrimento dos interesses dos consumidores - Ajuste celebrado em que devem prevalecer os postulados da cooperação, solidariedade, confiança e boa-fé objetiva - Direito da beneficiária de restabelecimento da avença, especialmente ante a sua idade (90 anos) e a ausência de justificativa plausível das rés para cancelamento do contrato, mediante pagamento integral da mensalidade - Recursos desprovidos.

1. Ao relatório constante de fls. 681/685 acrescento que a sentença julgou procedente ação de obrigação de fazer, cumulada com restituição de valores, determinando a manutenção do plano de saúde da autora, nas mesmas condições anteriores, sem cumprimento de novos períodos de carência, mediante o pagamento integral da mensalidade, bem como condenar as rés a pagar a quantia de R\$ 340,00 e a corré Unimed Seguros a restituir o valor de R\$ 911,86, fixando a verba honorária em R\$ 2.000,00.

Volta-se a corré Qualicorp contra a decisão deduzindo em suas razões recursais de fls. 694/70 que

lícito o cancelamento do contrato uma vez que feito de acordo com as cláusulas contratuais. Aduz que o artigo 13 da Lei nº 9.656/98 é válido apenas para os contratos individuais e familiares, não sendo este o caso dos autos. Alega, ademais, que não comercializa mais planos individuais.

Já a corrê Unimed Seguros apela alegando que a Qualicorp informou nos autos que promoveu a portabilidade do plano de saúde da apelada à Sul América e que, por esse motivo, não pode ser compelida a manter ativo um contrato já migrado. Alega que o cancelamento do plano foi legítimo, de acordo com as cláusulas contratuais, que o artigo 13 da Lei nº 9.656/98 é válido apenas para os contratos individuais e familiares, não sendo este o caso dos autos, bem como que o autor não se encontra internado ou em tratamento para manutenção da vida a justificar a manutenção do contrato (fls. 707/720).

Apela também a corrê Unimed Taubaté sustentando, em preliminar, ilegitimidade passiva uma vez que a autora não é sua usuária nem beneficiária. No mérito, alega que não pode ser compelida a reintegrar a autora em plano de saúde em um contrato inexistente porquanto nunca manteve qualquer relação contratual com a apelada (fls. 726/752).

Recursos regularmente processados, com oferecimento de contrarrazões às fls. 758/765, 770/778 e

786/794.

2. Rejeito, de início, a preliminar de ilegitimidade passiva aventada pela corré Unimed Taubaté.

Isto porque, consoante bem anotado pelo julgador monocrático, *“Embora, as corrés UNIMED DE TAUBATÉ — COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO e UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A sejam pessoas jurídicas distintas, para a autora é razoável admitir que ambas formavam uma única entidade. Assim, a UNIMED DE TAUBATÉ deve integrar o polo passivo da demanda, na medida em que 'se aproveita de grande estrutura unificada para captar clientes, não podendo, no momento de prestar o serviço, alegar que a obrigação é exclusivamente da cooperativa que celebrou o contrato, devendo, pois, responder pela confiança que despertou e transmite aos clientes no sentido de que ele será igualmente atendido em qualquer lugar do país, nos termos do art. 14 do CDC' (TJ-SP — Apelação n. Apelação n° 1089406-55.2013.8.26.0100 — Voto 6732, j. Em 17.10.2014)”* (fl. 682).

No mais, discute-se nestes autos a legalidade da conduta das rés de cancelar o contrato de assistência médica firmado com a autora.

Alegaram as rés, em defesa, que lícito o cancelamento do contrato, uma vez que respeitaram todas as

disposições legais e contratuais.

Analiso, em conjunto, os apelos ofertados.

Anote-se, de início, que aplicável à avença o artigo 13 da Lei 9.656/98 e, conseqüentemente, as normas do Código Consumerista posto que, não obstante se tratar de ajuste celebrado entre pessoas jurídicas, foi este pactuado com manifesto intuito de beneficiar pessoas ligadas às empresas contratantes, destinatárias finais dos serviços prometidos.

Em se tratando de relação de consumo, não se admite que o fornecedor obtenha vantagem exagerada em detrimento do interesse dos consumidores, representando a rescisão unilateral, imotivada, violação ao disposto no artigo 51, incisos IX e XI, do Código de Defesa do Consumidor, contrariando, ademais, a própria natureza do contrato.

Como já decidiu o C. Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento do REsp 1.073.595/MG da Relatoria da Ministra Nancy Andrighi, esse tipo de contrato não pode ser analisado isoladamente, como um acordo de vontades por um período fixo, mas deve ser interpretado como um ajuste em que deve prevalecer os postulados da cooperação, solidariedade, confiança e boa-fé objetiva, o que não ocorreu no presente caso.

Ademais, a validade da rescisão unilateral do contrato, bem como a pronta interrupção dos serviços

prestados coloca os segurados em clara desvantagem, já que ao firmarem contratos de seguro as partes levam em conta a sua durabilidade, e daí decorrem naturais e lícitas vantagens àqueles que detêm contratos por certo lapso temporal, como é sabido, o período de carência, determinadas coberturas e até a minimização do risco.

Ademais, ainda que assim não fosse, embora seja permitida a rescisão unilateral do plano de saúde, mediante prévia notificação com antecedência mínima, o encerramento deve observar certas formalidades a fim de não acarretar aos beneficiários diretos situação excessivamente desfavorável.

Outrossim, a rescisão é capaz de causar riscos efetivos à vida e à saúde dos beneficiários, especialmente no caso dos autos onde a autora conta com 90 anos de idade (fl. 27).

E, ainda, consoante bem anotado pelo julgador monocrático, *“observa-se que as rés, sem qualquer notificação prévia, promoveram o cancelamento de plano de saúde do qual a autora é beneficiária, quando as mensalidades encontravam-se regularmente quitadas e que em junho de 2023, quando da realização/prestação de serviços médicos, a autora obteve a informação de que seu plano havia sido cancelado e que não poderia realizar o tratamento médico necessário. Os frágeis documentos apresentados pelos réus não são aptos a demonstrar*

que houve a prévia notificação da autora acerca do cancelamento do plano de saúde. ... Não se vislumbra qualquer justificativa apta a culminar no cancelamento do plano. Em verdade, não houve a mínima fundamentação acerca da motivação do cancelamento, que só foi de conhecimento da autora quando da recusa para a realização de procedimentos médicos. No presente caso, não há fundamento que impeça a manutenção do contrato firmado nos termos em que vinha sendo cumprido há anos, observando-se inclusive que não sofrerão as rés qualquer ônus extra, na medida em que continuarão a fornecer as mesmas coberturas, mediante o recebimento de mensalidades nas mesmas condições. Trata-se de simples aplicação dos princípios da preservação dos contratos e da boa-fé, além da observância da função social do contrato” (fls. 683/684).

Nem se alegue, por fim, que houve portabilidade do plano de saúde da autora para a Sul América posto que, consoante bem anotado pelo juiz a quo, “ainda que a autora tenha migrado para outro plano de saúde (fls. 676/680), é certo que os réus deram causa à propositura da ação, cabendo unicamente a autora, optar, se o caso, na manutenção do plano de saúde como anteriormente contratado ou de se manter em novo plano de saúde” 9fls. 684/685).

Sendo assim, é direito da autora e obrigação das rés o restabelecimento do contrato, consoante

previsto no *decisum*, mediante o pagamento integral da mensalidade.

Para os fins do artigo 85, § 11º, do Código de Processo Civil, arbitro honorários advocatícios em favor do patrono da requerente em mais R\$ 800,00.

3. Ante o exposto, meu voto nega provimento aos recursos.

Galdino Toledo Júnior
Relator