



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000380623

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo Interno Cível nº 1005643-67.2024.8.26.0005/50000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é agravado JULIETHE DE FATIMA ALVES DOS SANTOS BORGES.

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) E MOREIRA VIEGAS.

São Paulo, 17 de abril de 2025.

J.L. MÔNACO DA SILVA
RELATOR
Assinatura Eletrônica

Voto n. 51343

Agravo Interno n. 1005643-67.2024.8.26.0005/50000

Agravante : Amil Assistência Médica Internacional S/A

Agravado : Juliethe de Fatima Alves dos Santos Borges

Comarca : São Paulo

AGRAVO INTERNO - Interposição contra decisão do relator que negou seguimento ao recurso - Inconformismo - Desacolhimento - Sentença apelada que julgou procedente a ação - Parte agravada que necessita de tratamento contínuo (estudo hemodinâmico de cardiopatias congênitas, procedimento terapêutico para cardiopatias congênitas, oclusão percutânea do forame oval pérvio, dentre outros que forem necessários para restabelecer sua condição cardíaca) - Rescisão do plano de saúde que configura prática abusiva e fere o Código de Defesa do Consumidor - Decisão mantida - Recurso desprovido.

Trata-se de agravo interno interposto por Amil Assistência Médica Internacional S/A contra a decisão de fls. 677/687, que negou seguimento ao recurso.

Sustenta a parte agravante, em síntese, que a decisão merece reforma porque não há previsão acerca da manutenção do plano de saúde por parte dos beneficiários ante a ausência de contribuição ao plano. Alega que não há comercialização de plano individual, o que é comprovado pela ausência de disponibilização no *síte* da ANS. Requer o efeito suspensivo e, ao final, o provimento do recurso.

É o relatório.

O recurso não merece provimento.

A decisão hostilizada foi proferida nestes

termos:

“Nego seguimento ao recurso.

Registro que a presente decisão monocrática tem respaldo no art. 168, § 3º, c.c. o art. 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

É caso de ratificar os fundamentos da r. sentença apelada, proferida nos seguintes termos:

"JULIETHE DE FATIMA ALVES DOS SANTOS BORGES propôs ação de obrigação de fazer com tutela de urgência em face de AMIL ASSISTÊNCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A, alegando que manteve relação contratual de natureza coletiva empresarial com a operadora de plano de saúde ré pelo período de 15 de março de 202 a 30 de novembro de 2023. Aduz que em 15 de outubro de 2023 sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC), sendo socorrida e internada. Assevera que, após a realização de exames médicos, recebeu diagnóstico de problemas cardíacos, com indicação expressa da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com urgência. Indica que protocolou o pedido médico junto à ré em 15 de novembro de 2023, ao que houve negativa. Sustenta que o plano de saúde foi rescindido em 30 de novembro de 2023, em decorrência do desligamento do cônjuge da autora do emprego que lhes conferia vínculo ao contrato, de modo que empreendeu esforços para negociar a permanência no plano de saúde sem a imposição de novo período de carência, ao que a ré demonstrou desinteresse comercial na manutenção do instrumento. Pleiteia tutela antecipada a fim de que a ré autorize e custeie a intervenção cirúrgica para tratar problemas cardíacos, atinentes a “Estudo hemodinâmico de cardiopatias congênitas + procedimento terapêutico de cardiopatias congênitas com oclusão percutânea de forame oval pérvio em paciente de 34 anos com AVC cerebelar, sem

outra causa etiológica aparente e com presença de forame oval patente de alta condutância. Ao ecocardiograma, presença de shunt com forame oval patente confirmado e passagem de grande quantidade de microbolhas pelo Dopler transcraniano. O procedimento será programado na hemodinâmica com suporte de anestesia geral e com ecocardiograma transesofágico perioperatório". Requer a manutenção do plano de saúde. Deu-se à causa o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais). Foram trazidos documentos (fls. 13/251 e 256/260).

Deferida a tutela antecipada (fls. 261/265).

Indeferido o pedido de dilação de prazo formulado pela ré (fls.280/281).

A ré apresentou contestação (fls.284/302), aduzindo que a parte autora era beneficiária de plano coletivo empresarial, sendo que seu marido figurava como titular ante o vínculo empregatício mantido com a empresa contratante, Banco Genial S.A. Sustenta que houve a exclusão dos beneficiários do plano em questão em razão do desligamento do beneficiário titular da empresa que mantinha o contrato junto à ré. Indica que a parte autora não era beneficiária contributária. Defende a ausência de irregularidades na rescisão da apólice. Insurgiu-se contra as alegações iniciais e pugnou pela improcedência dos pedidos. Foram apresentados documentos (fls. 303/392 e 397/410).

Réplica (fls. 411/417), juntando documentos (fls.418/529).

Instados a manifestarem interesse em audiência de conciliação e produção de novas provas (fls.532/533), tanto a parte ré (fls. 536/538) quanto a autora (fls. 540/541) manifestaram desinteresse.

É um breve relatório. Passo a decidir.

Cabível o julgamento antecipado da lide, com fundamento no artigo 355, inciso I do Código de Processo Civil, tendo em vista que a matéria em debate é exclusivamente de direito.

Nessa linha, conforme já decidido pelo Excelso Supremo Tribunal Federal: "a necessidade de produção

de prova há de ficar evidenciada para que o julgamento antecipado da lide implique em cerceamento de defesa. A antecipação é legítima se os aspectos decisivos estão suficientemente líquidos para embasar o convencimento do Magistrado” (RE 101171, Relator Min. FRANCISCO REZEK, SEGUNDA TURMA, julgado em 05/10/1984, DJ 07-12-1984 p. 20990).

É o caso dos autos, vez que desnecessária dilação probatória, porquanto as alegações controvertidas encontram-se elucidadas pela prova documental, de modo que o conjunto probatório produzido se mostra suficiente para o convencimento deste Juízo.

Presentes as condições da ação, passo à análise meritória.

Trata-se de ação de obrigação de fazer, na qual a autora pleiteia a manutenção do plano de saúde nas mesmas condições, com a cobertura de procedimento necessário ao seu quadro de saúde.

No mérito, a ação é procedente.

Inicialmente, urge consignar que, a natureza do objeto a que a parte ré se dedica, qual seja, o ramo de seguro-saúde, submete-a as regras relativas a estes contratos, bem como ao Código de Defesa do Consumidor, conforme a Súmula 100 do E. TJ/SP: “O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais”.

Neste sentir, a saúde é um bem indivisível e a pessoa ao procurar um plano de saúde ou um contrato de seguro-saúde, objetiva a preservação de sua integridade física, como um todo. Assim, todo tratamento indispensável ao sucesso da intervenção médica deve ser objeto de contrato, não podendo ser excluída da cobertura estes ou aqueles itens, tratamentos medicamentosos, intervenções cirúrgicas ou terapias, como se o corpo humano pudesse ser mapeado, no interesse exclusivo de prestadora de serviços ou da

seguradora.

Com efeito, não parece razoável que se exclua determinada opção terapêutica se a doença está agasalhada no contrato. Isso quer dizer que se o plano está destinado a cobrir despesas relativas ao tratamento, o que o contrato pode dispor é sobre as patologias cobertas, não sobre o tipo de tratamento para cada patologia alcançada pelo contrato.

Na verdade, se não fosse assim, estar-se-ia autorizando que a empresa se substituísse aos médicos na escolha da terapia adequada de acordo com o plano de cobertura do paciente. E isso é incongruente com o sistema de assistência à saúde, porquanto o médico não pode ser impedido de escolher a alternativa que melhor convém a curado paciente. Além de representar severo risco para a vida do consumidor.

Desta feita, não pode o paciente, consumidor do plano de saúde, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno do momento em que instalada a doença coberta em razão de cláusula limitativa. É preciso ficar bem claro que o médico, e não o plano de saúde, é responsável pela orientação terapêutica.

Frise-se que, a exclusão de tal cobertura também é considerada abusiva nos termos da Súmula nº 102 do E TJ/SP:

“Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS” (grifo nosso).

Deste modo, basta a expressa prescrição médica da necessidade de tratamento médico, independentemente de prova da urgência ou emergência do caso — o que, aliás, mostra-se inerente, por óbvio, ao quadro clínico da paciente —, para que se caracterize a abusividade em caso de eventual recusa pela operadora de plano de saúde.

Portanto, como a parte ré não comprova a desnecessidade do tratamento para a parte autora,

tampouco a disponibilização de tratamento adequado, tal exclusão é eivada de abusividade, na medida em que se transforma em um mecanismo frustrador da prestação do serviço a que a empresa se compromete, devendo dar integral assistência médica à autora.

Isto porque, revestidas pelo argumento de que as limitações contratuais podem ser firmadas entre as partes, desde que se façam claras e ostensivas, referidas exclusões funcionam como mecanismos de frustração do objeto do contrato.

Igualmente, ao atuar no sistema complementar de saúde, e exercendo uma atividade econômica visando à obtenção de lucro, é obrigação da ré dar cumprimento ao contrato, afastando, por conseguinte qualquer objeção quanto ao limite do contratado, devendo dar integral assistência médica a autora. Mesmo porque, o paciente na busca da cura ou de ao menos amenizar uma doença grave não pode ter recusado o seu tratamento por questões que esbarram na própria função do contrato.

Da análise dos autos, assiste razão à parte autora, na medida em que, apesar da insurgência da ré, o caso concreto revela a impossibilidade no momento de rescisão do contrato em relação à ora autora.

É cediço que existem situações nas quais planos de saúde coletivos podem ser rescindidos pela operadora, cumprindo-se a vigência mínima de doze meses e aviso prévio de no mínimo sessenta dias antes da interrupção dos serviços.

Todavia, no caso dos autos, verifica-se que a autora se encontra em tratamento de grave problema cardíaco, que demanda a realização de procedimento cirúrgico (fls.237/238), de tal sorte que, em caso de interrupção da cobertura na espécie, tal implicaria em risco à sua saúde, também ferindo a boa-fé objetiva que deve permear as relações em sociedade. Ademais, não indícios de que houvera o oferecimento de plano na modalidade individual junto à ré, tampouco evidência que a autora lograra ingressar em outro plano de saúde

na modalidade coletiva.

Aliás, em situação análogas, em sede de recursos repetitivos o Superior Tribunal de Justiça fixou entendimento de que “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” (Tema 1.082).

Igualmente, a condição de beneficiária da autora não lhe exclui o direito de permanecer no plano, sobremaneira considerando seu estado de saúde, de modo que a recusa da parte ré em ofertar condições para a manutenção do plano de saúde é eivada de abusividade.

Também em sentido semelhante, destaco os seguintes julgados:

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Manutenção. Insurgência em face da r. sentença que condenou a operadora a manter o plano de saúde. Alegações de que não há abusividade em cláusula clara e expressa em contrato, assim como a Lei 9.656/98 garante apenas a manutenção de funcionário demitido sem justa causa ou aposentado ao contrato de plano de saúde, não sendo este o caso da autora, por não ser a contributária no plano. Descabimento. Pretensão de continuidade do plano de saúde, vez que em tratamento médico oncológico (câncer de mamas). Aplicabilidade do CDC. Abusividade na rescisão detectada, ferindo a boa-fé contratual e a função social do contrato. Peculiaridades do caso concreto que autorizam a manutenção do contrato de seguro enquanto perdurar o tratamento de que necessita a autora, desde que arque com a parcela integral do preço. Pedido de manutenção do contrato em relação à dependente. Possibilidade. Inteligência do artigo 30, §3º da Lei 9656/98, e do art. 51, IV, do CDC. Manutenção da r. sentença que se impõe.

Ausência de prejuízo à operadora. Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1029760-89.2023.8.26.0577; Rel.: Jair de Souza; 10ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José dos Campos - 1ª Vara Cível; Julgamento: 06/03/2024; Registro: 06/03/2024, grifo meu)”.

“APELAÇÃO – Plano de Saúde - Ação de Obrigação de Fazer – Alegação de cancelamento do plano de saúde pela ré – Pretensão de manutenção do plano - Sentença de procedência – Inconformismo da ré, alegando que a autora é apenas beneficiária do contrato coletivo firmado om a empresa estipulante, a legalidade da rescisão unilateral por se tratar de contrato coletivo e a impossibilidade de manter a autora como beneficiária em razão da rescisão do contrato firmado com a administradora de benefícios – Beneficiário que se encontra em meio a tratamento contra doença grave (câncer de pâncreas) - Impossibilidade de interrupção do tratamento - Bem da vida tutelado que se sobrepõe às questões negociais - Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1064660-11.2022.8.26.0100; Relator (a): José Aparício Coelho Prado Neto; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 22ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/10/2023; Data de Registro: 26/10/2023, grifo meu)”.

“APELAÇÃO CÍVEL – PLANO DE SAÚDE – Sentença de procedência - Rescisão do plano de saúde coletivo empresarial pela estipulante - Observação dos princípios da função social do contrato e da boa-fé na sua execução – Relação de dependência e justa expectativa criada entre a seguradora e o consumidor – Segurados em tratamento oncológico, portadores de cardiopatia isquêmica e hemocromatose hereditária que não podem ser desprovidos do atendimento do plano de saúde - Inteligência do Tema 1082, julgado pelo rito dos recursos repetitivos pelo C. STJ – Recurso não provido. (TJSP; Apelação Cível 1012585-13.2022.8.26.0482; Relator (a): José Carlos Ferreira Alves; 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Presidente Prudente - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 20/09/2023; Data de

Registro: 20/09/2023)”.

Portanto, no caso dos autos, não se revela pertinente a rescisão em face da autora enquanto perdura seu tratamento de saúde, sobrepondo-se, na espécie, a tutela da vida e saúde do paciente em detrimento de aspectos negociais.

Assim, cabível a confirmação da tutela antecipada concedida em fls.261/265, a fim de que a parte ré providencie a realização do procedimento médico descrito na inicial, conforme indicação médica de fls. 237/238, bem como determinar que a parte ré restabeleça o plano de saúde da autora nos termos inicialmente pactuados, arcando a parte autora com a integral contraprestação que lhe caiba.

No mais, descumprida a determinação concedida em sede de tutela antecipada, cabe à parte interessada, em incidente próprio, requerer o que de direito em termos de multa por descumprimento ou adoção de medidas a fim de obter o resultado prático equivalente.

De rigor, portanto, de qualquer ângulo que se analise a questão, reconhecer a procedência dos pedidos formulados pela parte autora.

Pelo exposto e pelo mais que dos autos consta, julgo PROCEDENTES os pedidos formulados por JULIETHE DE FATIMA ALVES DOS SANTOS BORGES em face de AMIL ASSISTÊNCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A, de maneira a confirmar da tutela antecipada concedida em fls.261/265, a fim de que a parte ré providencie a realização do procedimento médico descrito na inicial, conforme indicação médica de fls. 237/238, bem como determinar que a parte ré restabeleça o plano de saúde da autora nos termos inicialmente pactuados, arcando a parte autora com a integral contraprestação que lhe caiba.

Pelo princípio da sucumbência, condeno a parte ré no pagamento de custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios que fixo em R\$ 2.000,00 (dois mil reais), com fulcro no artigo 85

do Código de Processo Civil" – fls. 586/593.

E mais, afigura-se insofismável a relação de consumo porque a discussão se refere à prestação de serviços de saúde. Nesse caso, o usuário deve ser protegido contra práticas consideradas abusivas, nos termos do art. 6º, inc. IV, do Código de Defesa do Consumidor e das Súmulas 608 e 100, a primeira do Colendo Superior Tribunal de Justiça, a segunda deste Egrégio Tribunal.

Convém destacar que a autora, após sofrer um Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 15/10/2023, foi diagnosticada com graves problemas cardíacos (fls. 237/238), necessitando de cirurgia urgente. Apesar da imediata indicação médica e do risco de morte, a ré negou a cobertura dos procedimentos médicos indicados. Ademais, em 30/11/2023, rescindiu unilateralmente o contrato, sob a justificativa do desligamento do cônjuge da autora da empresa contratante, ignorando a necessidade vital de continuidade do tratamento desta.

Sendo assim, a rescisão do plano configura afronta à dignidade humana, especialmente porque a autora necessita de tratamento contínuo (estudo hemodinâmico de cardiopatias congênitas, procedimento terapêutico para cardiopatias congênitas, oclusão percutânea do forame oval pérvio, dentre outros que forem necessários para restabelecer sua condição cardíaca, fls. 237/238). Com efeito, tal conduta configura prática abusiva e fere a relação de consumo estabelecida, violando não apenas o mencionado dispositivo da lei consumerista, que protege o consumidor contra riscos à saúde e à segurança, mas também o art. 51, inc. IV, ao representar uma vantagem desproporcional em desfavor do consumidor.

Aliás, a sentença alinha-se perfeitamente ao entendimento consolidado nos Recursos Especiais n.

1.924.526/SP e n. 1.902.349/SP, segundo os quais as operadoras estão dispensadas de oferecer planos individuais aos beneficiários de planos coletivos cancelados apenas quando não comercializarem essa modalidade contratual. Não obstante, contrariamente ao alegado pela ré (fls. 638, item III, "c"), verifica-se que esta efetivamente disponibiliza planos individuais, o que pode ser confirmado mediante breve consulta eletrônica (<https://amilplanos.com.br/plano-individual/>).

Logo, a situação da requerente não se amolda à situação de dispensa prevista nos referidos julgados. A operadora estaria isenta da obrigação caso não comercializasse planos individuais, o que não ocorre, pois há efetiva oferta desse tipo de plano.

Diante disso, impõe-se à operadora o dever de assegurar a continuidade do tratamento, em observância às normas protetivas previstas no Código de Defesa do Consumidor.

Em suma, a r. sentença não merece nenhum reparo.

Cabe a majoração dos honorários advocatícios de R\$ 2.000,00 para R\$ 2.500,00, considerando o trabalho adicional realizado pelos advogados da autora, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil.

Por fim, uma advertência: o recurso interposto contra esta decisão poderá ficar sujeito a multa.

Posto isso, nego seguimento ao recurso”.

A decisão de fls. 677/687, que negou seguimento ao recurso, bem analisou os requisitos legais previstos na legislação processual.

Sendo assim, a fragilidade dos argumentos apresentados pela parte agravante impede a reforma da



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

decisão.

Ante o exposto, pelo meu voto, nego
provimento ao recurso.

J.L. MÔNACO DA SILVA
Relator