

Registro: 2025.0000385288

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo Interno Cível nº 1012028-33.2024.8.26.0554/50000, da Comarca de Santo André, em que é agravante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, são agravados QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, MARIA PATRICIA ALVES SIMOES (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e VALENTINA SIMOES BARBOZA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)).

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, 22 de abril de 2025.

J.L. MÔNACO DA SILVA
RELATOR
Assinatura Eletrônica

Voto n. 51357

Agravo Interno n. 1012028-33.2024.8.26.0554/50000

Agravante : Amil Assistência Médica Internacional S/A

Agravado : Maria Patrícia Alves Simões

Comarca : Santo André

AGRAVO INTERNO - Interposição contra decisão do relator que negou seguimento aos recursos - Inconformismo - Desacolhimento - Sentença apelada que julgou procedente a ação - Precedente do Colendo Superior Tribunal de Justiça (Tema 1082) - Manutenção do contrato em face da comprovada necessidade de tratamento da autora, que é portadora de Transtorno do Espectro Autista, estando atualmente passando por tratamento multidisciplinar - Decisão mantida - Recurso desprovido.

Trata-se de agravo interno interposto por Amil Assistência Médica Internacional S/A contra a decisão de fls. 529/538, que negou seguimento aos recursos.

Sustenta a parte agravante, em síntese, que a decisão merece reforma porque a agravada tem diagnóstico de transtorno do espectro autista e apenas realiza acompanhamento médico especializado (terapias multidisciplinares), de modo que o tratamento não se enquadra ao Tema 1082 e pode ser oferecido por qualquer operadora. Requer o provimento do recurso.

É o relatório.

O recurso não merece provimento.

A decisão hostilizada foi proferida nestes termos:

“Nego seguimento aos recursos.

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.

De início, afastam-se as preliminares de ilegitimidade passiva das corrés (fls. 433 e 467), pois ambas integram a cadeia de fornecimento do serviço de saúde contratado pela autora. Tal configuração atrai a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, que, em seus arts. 7º, parágrafo único, e 25, § 1º, consagram a responsabilidade solidária de todos os participantes da relação de consumo pelos prejuízos causados ao consumidor. Assim, resta evidente que elas são partes legítimas para figurar no polo passivo da presente demanda.

No mérito, é caso de ratificar os fundamentos da r. sentença apelada, proferida nos seguintes termos:

"VALENTINA SIMOES BARBOZA, representada por sua genitora, MARIA PATRÍCIA SIMÕES BARBOZA, ajuizou ação em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A alegando, em síntese, que é beneficiária do plano de saúde da primeira ré, administrado pela segunda requerida. Salaria que a requerida informou, unilateralmente, a rescisão do contrato. Diz que se encontra em tratamento em razão de diagnóstico de transtorno do espectro autista. Destaca que necessita do tratamento contínuo, razão pela qual pede que a requerida mantenha a vigência da apólice do plano, garantindo o atendimento e tratamento da beneficiária. Pugna pela concessão de tutela de urgência. Juntam os documentos de fls. 17/31.

O provimento de urgência almejado foi deferido (fls. 32/33).

Citada, a requerida Qualicorp ofertou contestação (fls. 111/131). Arguiu preliminar de ilegitimidade passiva, sustentando responsabilidade

exclusiva da corré. No mérito, teceu considerações sobre os contratos coletivos por adesão. Assevera que o cancelamento ocorreu por ato unilateral da operadora, e não da administradora de benefícios, sustentando excludente de responsabilidade. Ao final, espera a improcedência da pretensão. Juntou os documentos de fls. 132/180. Citada, a corré Amil ofertou contestação (fls. 182/214). Arguiu preliminar de ilegitimidade passiva. Assevera que a contratação ocorreu mediante seguro saúde coletivo, não se aplicando ao caso em tela a previsão da Lei 9.656/98. Sustenta que o encerramento da cobertura da apólice da parte autora ocorreu nos termos do contrato firmado, que permite a rescisão unilateral, desde que com aviso prévio, o que foi cumprido. Destaca que não se aplica ao caso em tela o tema 1082 do STJ, já que a parte autora é portadora de transtorno, inexistindo previsão de alta médica. Diz que a parte autora pode solicitar a portabilidade para nova operadora ao término do contrato coletivo, sendo obrigação da corré ofertar planos compatíveis. Ao final, espera a improcedência da pretensão. Juntou os documentos de fls. 215/358.

Houve réplica (fls. 363/375).

As partes concordaram com o julgamento antecipado da lide (fls. 388/389 e fls. 292/394).

O Ministério Público ofertou parecer (fls. 395/397).

Fundamento e decido.

O processo comporta julgamento antecipado, pois os documentos que o instruem são suficientes para o esclarecimento dos fatos, não havendo necessidade de produção de outras provas.

Inicialmente, deixo consignado que não comporta acolhimento a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pelas requeridas pois ambas compõem cadeia de fornecedores dos serviços prestados, devendo responder por eventuais danos causados ao Consumidor.

A corré, administradora de benefícios, responde solidariamente pela má execução dos serviços inerentes

ao plano de saúde contratado.

Nesse sentido, a operadora de plano de saúde corrê se obriga a realizar a prestação do serviço propriamente dito, mas esse fato não exclui a responsabilidade da operadora de plano de saúde por eventual inexecução ou execução defeituosa do serviço, na medida em que realiza a escolha e torna possível a contratação.

No mérito, a pretensão é procedente.

Com efeito, aplicam-se, ao caso, as normas cogentes do Código de Defesa do Consumidor.

O “caput” do artigo 4º da Lei nº 8.078/90 estabelece que o objetivo da Política Nacional de Relações de Consumo deve ser “o atendimento das necessidades dos consumidores, o respeito à sua dignidade, saúde e segurança, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida, bem como a transparência e harmonia das relações de consumo”.

Também preconiza tal diploma legal a observância do princípio da vulnerabilidade do consumidor, parte mais frágil na relação de consumo.

No caso dos autos, a parte autora pretende a manutenção de seu plano, vez que se encontra em tratamento contínuo, em razão de diagnostico de transtorno do espectro autista.

Ademais, a Constituição Federal estabelece como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III), garante a inviolabilidade do direito à vida e eleva a saúde à condição de direito social.

Nesse contexto, evidente que o cancelamento do plano de saúde da requerente, no caso em que o segurado ou dependente padeçam de condição que exige tratamento contínuo (o que é caso do transtorno do espectro autista), torna muito dificultosa a contratação de um novo plano de saúde, pelo que deve ser afastado, por ferir o princípio da dignidade da pessoa humana e acarretar risco de regressão de seu desenvolvimento.

A situação dos autos demonstra que a autora,

beneficiária do plano, está acometida por transtorno que exige tratamento contínuo, sendo imprescindível a manutenção de assistência à saúde.

Desse modo, a parte ré não pode negar a manutenção da requerente no plano de saúde, pois, encontrando-se a segurada em tratamento médico essencial à sobrevivência, afigura-se abusiva a rescisão contratual do plano pela operadora.

Nesse sentido, já decidiu o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, em casos análogos, a saber:

AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C.C. INDENIZAÇÃO Plano de saúde coletivo empresarial Sentença de procedência parcial para manter o plano de saúde Recursos das partes APELAÇÃO DA RÉ Pretensão de rescisão unilateral e imotivada do contrato Desacolhimento Incidência do CDC Cláusula sobre rescisão unilateral pode ser revista em caso de manifesta desvantagem para o consumidor ou seja incompatível com a boa-fé ou equidade (art. 51, IV, do CDC) Filho da autora é menor e foi diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista Necessidade de continuar o tratamento multidisciplinar, sob pena de regressão de seu desenvolvimento Hipótese de vedação à rescisão unilateral Art. 13, III, da Lei nº 9.656/98 Adoção do Tema 1.082 do STJ Verificado que o menor está realizando o tratamento e as mensalidades são pagas regularmente Condenação da ré a manter ativo o plano contratado Admissibilidade APELAÇÃO DA AUTORA Danos morais Inocorrência Não verificada conduta da ré passível de ensejar a indenização Honorários de advogado Fixação em 10% sobre o valor da causa Majoração Não acolhimento Sentença mantida RECURSOS IMPROVIDOS. (TJSP; Apelação Cível 1003173-68.2023.8.26.0338; Relator (a): Benedito Antonio Okuno; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Mairiporã - 2ª Vara; Data do Julgamento: 29/07/2024; Data de Registro: 29/07/2024)

Neste mesmo vértice, cumpre destacar que, no julgamento do REsp 1846123-SP, o Superior Tribunal de

Justiça, em 22/06/2022, fixou a seguinte tese:

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. STJ. 2ª Seção. REsp 1.846.123-SP, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 22/06/2022 (Recurso Repetitivo Tema 1082) (Info 742).

Sobre a questão, vale dizer que o fato de o transtorno do espectro autista não ser considerado doença grave, mas sim, transtorno global de desenvolvimento, não afasta aplicabilidade da jurisprudência acima colacionada ao caso em tela, uma vez que a rescisão imotivada de plano de saúde de beneficiário nas condições da autora viola os princípios da boa-fé objetiva, lealdade, confiança e da cooperação, por se tratar de serviço essencial ao regular desenvolvimento do paciente.

Em suma, a parte ré deve manter a requerente e no seguro saúde contratado originalmente, mediante o pagamento integral da mensalidade pela requerente, custeando, assim, o tratamento do transtorno de desenvolvimento que lhe acomete, nos termos do contrato firmado entre as partes, pelo que é de rigor o acolhimento do pedido deduzido na peça inicial.

Diante do exposto, julgo procedente a pretensão para condenar as requeridas à obrigação de fazer consistente em manter a requerente beneficiário do seguro saúde coletivo, arcando as rés com os custos para tratamento do transtorno que acomete a autora, nos termos do contrato, mediante o pagamento integral da mensalidade pela requerente, nos termos da fundamentação. Torno definitivos os efeitos da tutela de urgência concedida a fls. 32/33. Com isso, resolvo o processo, com análise do mérito, nos termos do art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Por conta da sucumbência, condeno a parte

requerida ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios da parte adversa que fixo em 10% do valor da causa devidamente atualizado.

Com o trânsito em julgado, e cumpridas todas as determinações aqui presentes, remetam-se os autos ao arquivo provisório, caso nada seja requerido em trinta dias" – fls. 404/409.

E mais, no julgamento do REsp n. 1.842.751/RS (Tema 1082), de relatoria do Ministro Luís Felipe Salomão, o Colendo Superior Tribunal de Justiça firmou o seguinte entendimento:

"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 cláusula 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."

Embora seja lícita a rescisão unilateral do contrato pela seguradora, desde que cumpridos os requisitos da Lei n. 9.656/98, no caso dos autos determinou-se acertadamente a manutenção do contrato em face da comprovada necessidade de tratamento da autora, que é portadora de Transtorno do Espectro Autista, estando atualmente passando por tratamento multidisciplinar (fls. 22/25).

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

Cabe a majoração dos honorários advocatícios de 10% (dez por cento) para 15% (quinze por cento) sobre o valor da causa, considerando o trabalho adicional realizado pelo advogado 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 aos recursos”.

A decisão de fls. 529/538, que negou seguimento aos recursos, bem analisou os requisitos legais previstos na legislação processual.

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

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

J.L. MÔNACO DA SILVA
Relator