



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000387720

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1078240-40.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A e CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são apelados ALEIXINA SANTAGUETA VINHOLA e CLÁUDIA SANTAGUETA VINHOLA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª 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 LIA PORTO (Presidente sem voto), LUIZ ANTONIO COSTA E MIGUEL BRANDI.

São Paulo, 22 de abril de 2025.

ADEMIR MODESTO DE SOUZA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1078240-40.2024.8.26.0100.

Apelante: **Central Nacional Unimed - Cooperativa Central.**

Apeladas: **Cláudia Santagueta Vinhola e Aleixina Santagueta Vinhola.**

Interessada: **Qualicorp Corretora de Seguros S.A.**

Comarca: São Paulo - 3ª Vara Cível - Foro Central.

Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado.

Relator: **ADEMIR MODESTO DE SOUZA.**

V O T O Nº. 13580

DIREITO CIVIL E CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO.

1. Apelo contra sentença de procedência à pretensão autoral de manutenção de plano de saúde.
2. Operadora apelante que alega rescisão contratual válida por (i) decurso de prazo de doze meses; (ii) existência de aviso prévio de sessenta dias; (iii) oferecimento de portabilidade sem carências; (iv) ausência de tratamento médico de urgência ou internação; e (v) caracterização de fraude pelas aderentes, que afirmaram preencherem os requisitos de elegibilidade quando da contratação.
3. Cinge-se a controvérsia em aferir se (i) a inclusão de beneficiária sem preencher os requisitos de elegibilidade em plano coletivo por adesão implica a formação de contrato individual com a operadora e atrai a incidência da vedação de rescisão unilateral; e (ii) o quadro clínico da beneficiária impõe a manutenção do plano por necessidade de tratamento contínuo, visando preservar sua incolumidade física.
4. A inclusão irregular da beneficiária gera vínculo direto e individual com a operadora, nos termos do art. 32 da RN nº 195/2009 da ANS, o que afasta a possibilidade de rescisão unilateral, salvo por inadimplemento ou fraude.
5. A operadora não demonstrou ter exigido comprovação da elegibilidade no momento da contratação, tampouco houve prova de má-fé das beneficiárias.
6. Demonstrada a necessidade de tratamento médico contínuo em virtude de doenças crônicas e debilidade física de septuagenária, é imprescindível a continuidade do plano para assegurar sua integridade e dignidade.
7. Sentença mantida, com majoração honorária.
8. Recurso desprovido.

1. Trata-se de apelação (fls. 383/393) interposta por **CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL** contra a r. sentença de fls. 377/380, cujo relatório se adota, que nos autos da ação

cominatória promovida por **CLÁUDIA SANTAGUETA VINHOLA** e **ALEIXINA SANTAGUETA VINHOLA** contra aquela e **QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A.**, julgou procedente a pretensão inicial, com dispositivo assim redigido:

Ante todo o exposto, JULGO PROCEDENTES os pedidos formulados por ALEIXINA SANTAGUETA VINHOLA e CLÁUDIA SANTAGUETA VINHOLA em face de QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A e CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL para, confirmando a tutela concedida, determinar que as requeridas mantenham o plano de saúde da autora ativo, com todas as coberturas originalmente contratadas, assegurado a continuidade do tratamento. Sucumbente, arcarão as rés com as custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios que fixo em 10% do valor da causa.

Alega a apelante que a rescisão contratual foi realizada conforme permitido pelo ordenamento jurídico e expressamente previsto no contrato, porquanto decorrido o prazo de 12 meses de vigência; realizada notificação prévia com 60 dias de antecedência; e verificação de que as usuárias não estão em internação ou tratamento médico emergencial ou urgente para fins de assegurar a sobrevivência ou incolumidade física, não se enquadrando nesse conceito a doença crônica, sob pena de se tornar o vitalício o contrato de plano de saúde. Sustenta que, em 10 anos de adesão, as apeladas estavam cientes de que o plano de saúde era estipulado pela ADPESP, o que não é obstado pelo fato de ter sido inclusa a beneficiária coapelada que não preenche os requisitos de elegibilidade.

Apelação tempestiva, preparada (fls. 394/395 e 406) e com contrarrazões (fls. 399/405).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

2. O recurso *não* comporta provimento.

De acordo com o Superior Tribunal de Justiça:

Com relação às duas espécies de contratação coletiva - empresarial ou por *adesão* -, a Resolução Normativa n. 195, de 14.7.2009, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com base na atribuição que lhe foi conferida pelo art. 4º, II e X, da Lei n. 9.961/2000, regulamentou as características dessas espécies de contratos privados de assistência à saúde vigentes no país. Consoante o art. 17 dessa Resolução, *os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão* ou empresariais somente *poderão ser rescindidos imotivadamente (resilição) após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias* (AgInt no AREsp n. 1.428.427/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 21/11/2019, DJe de 26/11/2019) (g.n.).

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E COMPENSAÇÃO DE DANO MORAL. **CONTRATO DE SEGURO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. NÃO RENOVAÇÃO PELA OPERADORA. OPERADORA QUE NÃO MANTÉM PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL.** LEI 9.656/1998. ART. 3º DA RESOLUÇÃO CONSU Nº 19/1999. CDC. DIÁLOGO DAS FONTES. **LICITUDE DA RESILIÇÃO UNILATERAL DO CONTRATO PELA OPERADORA. BENEFICIADOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O PLANO DE SAÚDE. DIREITO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIA RECONHECIDO.** DANO MORAL. DÚVIDA RAZOÁVEL NA INTERPRETAÇÃO DO CONTRATO. AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO DA AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E DE ANGÚSTIA DOS BENEFICIÁRIOS. NÃO COMPROVAÇÃO DA SITUAÇÃO DE URGENTE E FLAGRANTE NECESSIDADE DE ATENDIMENTO MÉDICO. DANO MORAL NÃO CARACTERIZADO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e compensação de dano moral ajuizada em 31/03/2015, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais, interpostos em 18/05/2017 e 22/05/2017 e atribuído ao gabinete em 04/04/2018.

2. O propósito dos recursos consiste em decidir sobre a validade da manifestação da operadora de seguro de saúde coletivo por adesão pela não renovação do contrato; sobre a possibilidade de obriga-la a manter o vínculo com o

universo de beneficiários; bem como sobre a configuração de dano moral pela negativa de cobertura do atendimento médico.

3. A ANS, no exercício de seu poder normativo e regulamentar acerca dos planos de saúde coletivos - ressaltados, apenas, os de autogestão -, deve observar os ditames do CDC.

4. *Se, de um lado, a Lei 9.656/1998 e seus regulamentos autorizam a operadora do seguro de saúde coletivo por adesão a não renovar o contrato; de outro lado, o CDC impõe que os respectivos beneficiários, que contribuíram para o plano, não fiquem absolutamente desamparados, sem que lhes seja dada qualquer outra alternativa para manter a assistência a sua saúde e de seu grupo familiar.*

5. A interpretação puramente literal do art. 3º da Resolução CONSU nº 19/1999 agrava sobremaneira a situação de vulnerabilidade do consumidor que contribuiu para o serviço e favorece o exercício arbitrário, pelas operadoras de seguro de saúde coletivo, do direito de não renovar o contrato celebrado por adesão, o que não tolera o CDC, ao qual estão subordinadas.

6. *O diálogo das fontes entre o CDC e a Lei 9.656/1998, com a regulamentação dada pela Resolução CONSU nº 19/1999, exige uma interpretação que atenda a ambos os interesses: ao direito da operadora, que pretende se desvincular legitimamente das obrigações assumidas no contrato celebrado com a estipulante, corresponde o dever de proteção dos consumidores (beneficiários), que contribuíram para o seguro de saúde e cujo interesse é na continuidade do serviço.*

7. *Na ausência de norma legal expressa que resguarde o consumidor na hipótese de rescisão unilateral do contrato coletivo pela operadora, há de se reconhecer o direito à portabilidade de carências, permitindo, assim, que os beneficiários possam contratar um novo plano de saúde, observado o prazo de permanência no anterior, sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito.*

8. A orientação adotada pela jurisprudência desta Corte é a de ser possível, em determinadas situações fáticas, afastar a presunção de dano moral na hipótese em que a recusa de cobertura pelo plano de saúde decorrer de dúvida razoável na interpretação do contrato, por não configurar conduta ilícita capaz de ensejar o dever de compensação.

9. Hipótese em que, além de a atuação da operadora estar revestida de aparente legalidade, a afastar a ocorrência do ato ilícito, não sobressai do contexto delineado na origem que tal fato tenha agravado eventual aflição psicológica e de angústia dos beneficiários, tampouco que estivessem em situação de urgente e flagrante necessidade de atendimento médico, a afastar a configuração do dano moral.

10. Recursos especiais conhecidos, desprovido o dos beneficiários e provido o da operadora.

(REsp n. 1.732.511/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 4/8/2020, DJe de 20/8/2020.)

Sobre o caso, a apelante e a corré não apelante conferiram o direito à portabilidade de carências, permitindo que as apeladas contratassem um novo plano de saúde sem o cumprimento de novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária e sem custo adicional pelo exercício do direito (fls. 30/33 e 356), malgrado as apeladas sustentem que foram informadas pelas rés de que *“inexiste plano compatível para portabilidade, de forma que ela não é elegível a entrar em novos planos da Qualicorp, segundo informado a ela e, atualmente, nem Prevent Sênior vende mais plano de saúde individual”* (fls. 02).

Verifica-se que foram observados os marcos temporais de 12 meses de contrato e aviso-prévio de 60 dias (fls. 249/250).

A controvérsia reside, então, (i) na natureza do tratamento realizado por uma das coapeladas – se é apto ou não à manutenção do plano –; e (ii) em examinar se o fato da beneficiária ter sido inclusa no plano sem preencher os requisitos de elegibilidade o equipara a uma contratação individual ou familiar, apta a obstar a rescisão.

A sentença assim concluiu:

Controvertem as partes acerca da licitude do cancelamento do plano de saúde das requerentes. *As autoras alegam que é necessário a continuidade do tratamento de Alexina, sendo imprescindível a manutenção do contrato. Em contrapartida, as requeridas defendem que não há proibição legal em relação ao cancelamento de contratos de plano de saúde coletivos.* Pois bem. A RN 195/2009 da ANS, vigente quando da contratação, estabelecia em seu art. 9º os requisitos de elegibilidade para ingresso em planos coletivos por adesão. *O descumprimento de tais requisitos implica, segundo o art. 32 da mesma norma, a criação de vínculo individual e direto entre o beneficiário e a operadora,* senão vejamos: Art. 32 O ingresso de novos

beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 9º desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar. ***Assim, tendo sido Aleixina incluída no contrato coletivo sem preencher os critérios de elegibilidade, houve a formação de relação jurídica equiparada a contrato individual ou familiar com a operadora. Nesta modalidade, o art. 13, II da Lei 9.656/98 veda a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou inadimplência:*** Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas: II - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência; e (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001) Procedente, portanto, o pedido de manutenção do plano de saúde. (g.n.).

Em relação à contratação firmada, verifica-se que foi declarado expressamente pelas aderentes: *“mantenho vínculo com a Entidade indicada na página 1 desta Proposta, responsabilizando-me em comunicar expressamente a Administradora de Benefícios no caso de uma eventual perda de elegibilidade”* (g.n.)(fls. 349).

Acerca disso, resta aferir se era ônus da operadora e/ou da administradora conferir, desde logo, que os requisitos de elegibilidade não se faziam presentes logo no início da contratação e se houve má-fé das aderentes ao omitirem tal informação, ao declararem expressamente que preenchiam tais requisitos.

Segundo as apeladas, (i) não se sabia a diferença entre planos individuais, familiares ou coletivos quando da contratação, desejando-se, apenas, a contratação de um plano de saúde por segurança e

necessidade; (ii) as rés *não exigiram comprovação da filiação associativa quando da contratação* e (iii) as próprias corrés foram atrás de funcionários públicos de uma escola pública – tal qual a coapelada – para ofertarem suas inclusões na Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo e, conseqüentemente, viabilizar a contratação do plano de saúde coletivo, *o que não foi impugnado especificamente pela administradora, nem pela operadora de plano de saúde.*

Destarte, é forçoso reconhecer que o plano de saúde coletivo se equipara, por expressa previsão legal, à contratação individual ou familiar, o que, por outro lado, não impede sua rescisão, desde que observados os requisitos do art. 13, parágrafo único, da Lei 9656/98, que também não restaram preenchidos, já que não houve fraude, a par do acima exposto, tampouco inadimplência, pois não houve insurgência com relação à pontualidade dos pagamentos.

No que se refere aos tratamentos alegados, fundamentados pelo fato de uma coapelada ser idosa e sofrer de hipertensão, obesidade e ter a saúde frágil, colhe-se que a hipertensão foi informada em sua declaração de saúde quando da adesão (fls. 43) e que o relatório médico confirma tais informações, acrescentando que a beneficiária também que é diabética, faz uso constante de anticoagulante (rivaroxabana) por uma TVP, foi diagnosticada recentemente com síndrome demencial leve, além de possuir dificuldade de executar atividades de baixa complexidade, realizando tratamento com donepezilla desde abril/2024 (fls. 25/26).

Portanto, de rigor a manutenção do plano de saúde, uma vez comprovadas as doenças graves e a necessidade de tratamento contínuo para assegurar a sobrevivência e a incolumidade física da coapelada, o que não tem, necessariamente, o condão de tornar o plano de saúde vitalício, mesmo porque a permanência dependerá do pagamento das mensalidades.

A propósito, assim já decidiu esta Egrégia 7ª Câmara de Direito Privado acerca dos mesmos temas:

APELAÇÃO CÍVEL *Plano de Saúde Coletivo por adesão Cancelamento por falta de demonstração do vínculo com entidade de classe Pretensão de manutenção do vínculo em razão de ter sido efetuada a contratação sem a exigência de documentos comprobatórios do vínculo associativo com a estipulante do plano* Sentença que, acolhendo pedido subsidiário, condenou as requeridas ao fornecimento de plano individual Inconformismo da operadora, da administradora de benefícios e da autora Preliminares Interesse recursal da autora em ver atendido o pedido principal Ilegitimidade passiva da operadora afastada Responsabilidade solidária decorrente da relação de consumo Alegação de ilegitimidade ativa e falta de interesse de agir repelidas Pretensão da autora em ser mantida no plano que foi resistida Mérito ***Verossimilhança da alegação autoral de que não tinha conhecimento da necessidade de comprovar vinculação com entidade estipulante, denominada Sociedade Assistencialista dos Servidores Públicos do Brasil Prints de conversas de aplicativo de mensagens mantidas com a corretora que intermediou a contratação do plano e que corroboram a versão da autora Manutenção no plano que é devida ANS nº 557/22 Precedentes Artigo 39 da Resolução Normativa*** Danos morais presentes em razão da angústia e abalo psíquico decorrentes da possibilidade de interrupção do tratamento para neoplasia maligna com metástase que acomete a autora Quantum indenizatório fixado em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) Suficiente para compensar o sofrimento e motivar as requeridas para que não se repitam fatos como este Sodalício Precedente deste Egrégio Sentença reformada - RECURSO DAS REQUERIDAS DESPROVIDO. RECURSO DA AUTORA PROVIDO (g.n.) (TJSP; Apelação Cível 1017387-02.2023.8.26.0100; Relator: Fernando Reverendo Vidal Akaoui; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 29ª Vara Cível; Data do Julgamento: 10/11/2023; Data de Registro: 10/11/2023).

Plano de saúde coletivo empresarial. Obrigação de fazer. Morte do titular. Dependente (ex-esposa). Pleito de manutenção no contrato após o período de remissão. Sentença de parcial procedência. Insurgência de ambas as partes. Tese de impossibilidade de continuidade do contrato. Desacolhimento. Findo o período de manutenção do plano de saúde coletivo (48 meses) pelo beneficiário demitido, a operadora manteve o plano de saúde ativo por mais 17 meses, posteriormente o encerrando de forma abrupta, sem que a consumidora pudesse exercitar seu

direito a portabilidade de carências. A manutenção de beneficiário irregular pela operadora ***do plano de saúde coletivo permite a aplicação analógica do art. 32 da Resolução Normativa ANS nº 195 de 14 de julho de 2009, segundo o qual a inclusão de beneficiário que não atenda aos requisitos de elegibilidade para o plano coletivo constitui "vínculo direto e individual com a operadora", o qual deve ser equiparado "para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar". Aplicação do comportamento tácito concludente. Violação à boa-fé objetiva (supressio). Cláusulas gerais da boa-fé e equilíbrio na relação de consumo que representam restrições à autonomia privada. Precedentes do STJ. Dependente que tem direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, por prazo indeterminado, com a assunção das obrigações decorrentes da apólice de seguro.***

Danos morais. Indenização cabível. Negativa de atendimento médico-hospitalar. Situação que amplifica a aflição psíquica e causa situação de impotência. Malferimento do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), vértice básico do dano moral. Quantum indenizatório, na quantia de R\$ 10.000,00, arbitrado de forma adequada, proporcional e compatível com a extensão do dano (art. 944 do Cód. Civil). Valor que cumpre a dupla função da reparação. Montante que se afigura proporcional e compatível com a extensão do dano (art. 944 do CC). Sentença reformada. Recurso da autora provido, desprovido o da ré (g.n.) (TJSP; Apelação Cível 1004007-38.2020.8.26.0577; Relator: Rômolo Russo; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Julgamento: 13/07/2021; Data de Registro: 13/07/2021).

PLANO DE SAÚDE. RESCISÃO DE CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO. Autora que pretende ser mantida como beneficiária no plano de saúde contratado. Sentença de procedência. Apelo da ré. ***Inclusão de beneficiário em plano coletivo por adesão sem preenchimento da condição de elegibilidade. Equiparação a plano individual. Art. 32 da RN 195/2009 da ANS. Aplicabilidade do art. 13, par. único, inciso II, Lei nº 9.656/98. Rescisão unilateral ilegal. Manutenção do contrato devida. Precedentes.*** Sentença mantida. Recurso desprovido (g.n.) (TJSP; Apelação Cível 1006696-68.2019.8.26.0099; Relatora: Mary Grün; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Bragança Paulista - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/08/2020; Data de Registro: 27/08/2020).

Por oportuno, este relator, no agravo de instrumento nº 2193733-57.2024.8.26.0000, correlato aos autos, assim já havia se

pronunciado a respeito:

PROCESSO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. TUTELA DE URGÊNCIA. REQUISITOS. CONJUGAÇÃO. 1. As razões recursais se apartam do fundamento utilizado para concessão de tutela de urgência, no caso, a violação do art. 39 da RN ANS nº 557/22 e, em especial, sua consequência. 2. *É verdade que, embora fosse o caso de se tomar o plano de saúde das agravadas como individual ou familiar, nem por isso estaria a agravante privada da possibilidade de rescisão unilateral. Contudo, nesse caso, haveria de demonstrar a conjugação de requisitos distintos, no caso, aqueles elencados no art. 13, parágrafo único, da Lei 9656/98.* 3. Considerando, pois, a necessidade de contraditório específico envolvendo a natureza jurídica da relação contratual firmada entre as partes, o que repercute nos requisitos para a rescisão contratual, *resta demonstrada probabilidade do direito que, conjugada à debilidade de saúde da beneficiária septuagenária,* recomenda cautela, à vista da irreversibilidade do dano na hipótese de vir a *necessitar de serviços médicos* durante o curso do processo, com a ressalva de que, neste interregno, o sinalagma permanece inalterado em face da manutenção da obrigação de pagamento das mensalidades do plano de saúde. 4. Recurso improvido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2193733-57.2024.8.26.0000; Relator: Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/07/2024; Data de Registro: 07/07/2024) (g.n.).

Desprovido o apelo e sendo as rés solidariamente responsáveis pelo pagamento da verba honorária, é caso de majoração dos honorários sucumbenciais de 10% para 12% do valor da causa atualizado, com a ressalva de que, sobre o 2% adicional, aplicado diante do resultado deste recurso, se responsabilizará unicamente a corré apelante, sob pena de injusto prejuízo àquela que não se irressignou com a sentença, ainda que pudesse se beneficiar dos efeitos favoráveis da apelação caso fosse provida (tema repetitivo nº 1.059/STJ e art. 85, § 11, do CPC).

3. Ante o exposto, *nega-se provimento ao recurso.*

ADEMIR MODESTO DE SOUZA
Relator