



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000389505

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1000022-57.2018.8.26.0407, da Comarca de Osvaldo Cruz, em que é apelante UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS, são apelados ILSON FRIZON e MARIA DE LOURDES ROMEIRO MARTINEZ FRIZON.

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), EMERSON SUMARIVA JÚNIOR E J.L. MÔNACO DA SILVA.

São Paulo, 23 de abril de 2025.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator

Assinatura Eletrônica

APELANTE: UNIMED DO ESTADO DE SÃO PAULO - FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS

APELADOS: ILSON FRIZON E MARIA DE LOURDES ROMEIRO MARTINEZ FRIZON

VOTO nº 208.558

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA. RECURSO IMPROVIDO.

I. Caso em Exame

Beneficiário de plano de saúde coletivo empresarial, demitido sem justa causa, busca manutenção do plano de saúde em razão de tratamento de doença grave, com base na aplicação analógica do art. 13, inc. III, da Lei nº 9.656/1998.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se o beneficiário de plano de saúde coletivo, demitido sem justa causa, tem direito à manutenção do plano durante tratamento de doença grave, considerando a aplicação do tema 1082 do STJ.

III. Razões de Decidir

3. O Tema 1082 do STJ assegura a continuidade dos cuidados assistenciais a usuários em tratamento médico, desde que arquem integralmente com a contraprestação, aplicando-se analogicamente o art. 13, inc. III, da Lei nº 9.656/1998.

IV. Dispositivo e Tese

4. Recurso improvido. Manutenção do plano de saúde até a alta médica definitiva, com pagamento integral das contraprestações pelo beneficiário.

Tese de julgamento: 1. Aplicação dos Temas 989 e 1082 do STJ para assegurar continuidade do plano de saúde em casos de doença grave. 2. Direito à manutenção do plano condicionado ao pagamento integral das contraprestações.

Legislação Citada:

Lei nº 9.656/1998, art. 13, inc. III; art. 30.

Constituição da República, art. 1º, inc. III; art. 196; art. 230.

Código de Defesa do Consumidor, art. 4º, inc. III.

Código Civil, art. 422.

Código de Processo Civil, art. 85, § 11.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp nº 1.680.318-SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 22/08/2018.

STJ, REsp nº 1.842.751-RS, Rel. Min. Luís Felipe Salomão, j. 22/06/2022.

TJSP, Ap. Cível nº 1044548-87.2023.8.26.0002, Rel. Des. Viviani Nicolau, j. 08/04/2024.

TJSP, Ap. cível nº 1010833-91.2022.8.26.0292, Rel. Des. Ademir Modesto de Souza, j. 04/04/2024.

TJSP, Apelação Cível 1011354-34.2016.8.26.0005, Rel. Des.

Francisco Loureiro, j. 01/08/2018.

TJSP, Apelação Cível 1003300-41.2023.8.26.0003, Rel. Des.

Marcus Vinicius Rios Gonçalves, j. 11/09/2023.

Trata-se de apelação (fls. 467/491) interposta contra a sentença de fls. 456/464, que julgou procedente o pedido inaugural, tornando definitiva a tutela antecipada, extinguindo o processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para: A) determinar que a requerida mantenha o autor e sua dependente como beneficiários do plano de saúde contratado nas mesmas condições de cobertura assistencial antecedente, inclusive no que concerne à contribuição mensal paga pelo autor e sua dependente e com os mesmos índices e prazos de reajuste aplicados ao contrato original e; B) condenar a requerida ao pagamento de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) à parte autora, a título de indenização por danos morais, com correção monetária a partir da data da sentença (Súmula 362 do STJ) e acrescido de juros de mora, observado o disposto na Lei 14.905/24: a correção monetária deve ser calculada pela variação do IPCA e os juros moratórios pela taxa Selic, descontada a variação do IPCA e desconsiderando-se eventuais juros negativos. Sucumbente nas custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios da parte adversa, fixados em 10% (dez por cento) do valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 2º, do Código de Processo Civil.

Apela a operadora de saúde, aduzindo, em resumo, que o convênio médico do qual desfrutavam os recorridos advinha do contrato coletivo empresarial celebrado entre a UNIMED do Estado de São Paulo - Federação Estadual das Cooperativas Médicas - FESP e a pessoa jurídica Companhia de Desenvolvimento Agrícola de São Paulo - CODASP, sendo descabida a manutenção da apólice após a demissão do apelado, pois a legislação vigente que ampara o consumidor, ao contrário das alegações, admite as exclusões e restrições contratuais, e suscita direito reconhecido pelo Superior Tribunal de Justiça ao analisar o REsp. nº 249.423-SP, tendo decidido: “*O invocado Código de Defesa do Consumidor admite e prevê a possibilidade de os contratos conterem cláusulas restritivas e excludentes, tanto que exige a redação delas com destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão, de acordo com o art. 54, § 4º.*”

Insiste em que os termos da Lei nº 9.656/98 vinculam as partes, tendo os apelados aderido ao contrato coletivo empresarial com a consequente rescisão dentro dos

prazos e ditames contratuais estabelecidos.

Quanto à indenização por danos morais, entende ser incabível, na medida em que não teria praticado conduta ilícita, inexistindo comprovação de danos suportados pelo recorrido.

Preparo a fls. 450/451.

Contrarrazões a fls. 497/500.

É O RELATÓRIO.

Sem razão a apelante.

De plano, temos que em casos nos quais a contraprestação devida em virtude dos serviços atinentes a plano de saúde é suportada exclusivamente pela empregadora do beneficiário, este que se limita a pagar valores pertinentes ao que se denomina coparticipação, não há direito de manutenção do contrato quando ocorre a demissão de apontado beneficiário, tudo na forma do disposto no art. 30, da Lei nº 9.656/1998.

Aliás, de fato, nesse sentido é a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, tanto que no julgamento do REsp nº 1.680.318-SP, a Segunda Seção daquela Corte, em acórdão relatado pelo Ministro Ricardo Vila Novas Cueva, julgado em 22 de agosto de 2018, publicado em 24 de agosto de 2018, e transitado em julgado aos 23 de novembro de 2018, fixou a seguinte tese:

"Nos planos de saúde coletivos custeados exclusivamente pelo empregador não há direito de permanência do ex-empregado aposentado ou demitido sem justa causa como beneficiário, salvo disposição contrária expressa prevista em contrato ou em acordo/convenção coletiva de trabalho, não caracterizando contribuição o pagamento apenas de coparticipação, tampouco se enquadrando como salário indireto" (Tema Repetitivo 989).

Ocorre que, demonstrado foi nestes autos que está em tratamento de doença grave o apelado, como se pode extrair dos documentos de fls. 27/31 e fls. 305/307,

e essa circunstância é absolutamente relevante, pois permite que haja, no caso, a aplicação analógica da regra do art. 13, inc. III, da Lei nº 9.656/1998, que garante ao recorrido a manutenção do plano de saúde até a alta médica, estando condicionada tal manutenção ao fato de assumir a apelante a integralidade da contraprestação do contrato.

E esse modo de ver as coisas está amparado, igualmente, em também consolidada jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, essa formada quando do julgamento do REsp nº 1.842.751-RS, pela Segunda Seção daquele Sodalício, em acórdão da lavra do Ministro Luís Felipe Salomão, julgado em 22 de junho de 2022, publicado em 01 de agosto de 2018, e transitado em julgado aos 28 de setembro de 2022, em que firmada tese do seguinte conteúdo:

"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 Repetitivo 1082).

O que se deve perceber é que a primeira situação versada no Tema 989 não impede a aplicação da tese vinculada ao Tema 1082 do Superior Tribunal de Justiça, devendo prevalecer aqui não o lado econômico que envolve a questão que é a única preocupação da recorrente, porém, o lado humano, da dignidade da pessoa humana, garantia constitucional prevista no art. 1º, inc. III, da Constituição da República, pois o primordial aqui é preservar a saúde daquele que em determinada circunstância ver-se-ia extremamente prejudicado com a demissão do titular do plano de saúde.

No sentido do que se decide é a jurisprudência desse Tribunal:

“APELAÇÃO CÍVEL. MANUTENÇÃO EM PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA. Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Sentença de parcial procedência para compelir a ré à cobertura do tratamento

médico e à manutenção da autora como segurada até sua alta médica definitiva, mediante o pagamento integral das mensalidades do contrato. Insurgência da ré. PRELIMINAR. Preliminar de ilegitimidade passiva, afastada. Ré que figura como fornecedora do serviço questionado. Aplicação da Súmula 101 deste Tribunal. MÉRITO. Não acolhimento. Hipótese em que o plano de saúde foi cancelado durante a internação hospitalar da autora, em tratamento médico decorrente de diagnóstico de transtorno depressivo grave, síncope de etiologia, confusão mental e transtorno psicótico agudo. Caso concreto que admite mitigação do entendimento firmado no Tema 989 pelo STJ. Abusividade na rescisão efetivada antes da alta médica definitiva. Aplicação analógica do artigo 13, inciso III, da Lei 9.656/98. Inteligência do Tema 1082 do STJ. Manutenção do plano de saúde da beneficiária até alta médica definitiva que era mesmo de rigor. Precedentes deste Tribunal. Sentença preservada. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO” (Ap. Cível nº 1044548-87.2023.8.26.0002, rel. Des. Viviani Nicolau, 3ª Câmara de Direito Privado, j. 08/04/2024).

"Apelação. Plano de saúde coletivo empresarial. Demissão sem justa causa. Beneficiário de plano de saúde que não contribuía para o pagamento das contraprestações, que era suportado exclusivamente pelo ex-empregador, a tanto não se equiparando a coparticipação pela utilização dos serviços. Inexistência de direito à manutenção do contrato, nos termos do art. 30 da Lei nº. 9.656/98. Tese firmada em julgamento de recursos repetitivos pelo STJ (Tema 989). Dependente do usuário, no entanto, portadora de doença grave (câncer). Dever da operadora de lhe assegurar a prestação do serviço até a alta médica, desde que o usuário pague a integralidade do valor das contraprestações devidas. Aplicação analógica do direito assegurado pelo art. 13, III, da Lei nº. 9.656/98. Tese firmada pelo STJ no julgamento de recursos repetitivos (Tema 1.082). Sentença mantida. Recurso improvido" (Ap. cível nº 1010833-91.2022.8.26.0292, rel. Des. Ademir Modesto de Souza, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 04/04/2024).

Isso não bastasse, a relação contratual mantida entre as partes é regida

não só pela legislação específica pertinente a planos de saúde, como também, simultaneamente, pelas regras do Código de Defesa do Consumidor.

Aliás, assim já vinha sendo entendido pela pacífica jurisprudência que se formou a respeito do tema, tanto que fez o Superior Tribunal de Justiça editar a Súmula nº 608, esta a qual dispõe que *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*.

Na mesma esteira vem a Súmula nº 100, desta Corte:

“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.”

Tomando isso em consideração, e ainda associando aqui o fato de estar o apelado em pleno tratamento médico, e de que o recorrido realizava a contribuição para pagamento do convênio médico mediante desconto em seu holerite, é caso de ler-se as disposições da Resolução CONSU nº 19/1999 sob os influxos das antes aludidas regras, as quase preponderam sobre quaisquer outras que com elas conflitem, como, por exemplo, justamente o art. 3º da antes apontada Resolução, cuja aplicação na espécie dos autos, fica afastada, porquanto não é tolerável que se deixe nas mãos do fornecedor do serviço o poder de escolha sobre manutenção ou não de planos individuais ou familiares, quando ocorram situações cuja solução se mostre ser justamente a conversão de um plano coletivo em individual, conforme nestes autos acontece.

Aliás, afastada a possibilidade de arguição da restrição contida no comentado art. 3º, prevalece a determinação que na Resolução CONSU nº 19/1999 está contida em seu art. 1º, no sentido de que as “operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício 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.”

Pensar o contrário seria simplesmente deixar o beneficiário do plano de saúde que é cancelado sem qualquer possibilidade concreta de continuar desfrutando de

atendimento para preservação de sua saúde, logo, afetando seu direito fundamental à saúde, este consagrado no art. 196 da Constituição da República, além do que levaria a frustração do objeto que levou à contratação celebrada pelas partes, e nestas condições orienta a lei deva haver solução que resguarde os princípios de probidade e boa-fé que devem pautar a atitude dos contratantes perante a tais situações, como impõe ocorra o art. 422, do Código Civil, como ainda o art. 4º, inc. III, do Código de Defesa do Consumidor.

Então, sendo possível e estando amparada a solução dada na sentença para o problema aqui enfrentado, não tem real motivação a apelante para resistir ao que a ela se determina, não havendo que se falar na hipótese em obrigação impossível, pois para a recorrente esta alegação é absolutamente descabida, uma vez que é operadora de plano de saúde, deve conhecer as normas a isto pertinentes, e não podendo delas se furtar cumpri-las estritamente, coisa que já assumiu que faria no momento em que por iniciativa própria como expressão de sua livre iniciativa e de sua autonomia privada (art. 170, *caput* e inc. V, da Constituição Federal) estabeleceu-se no mercado para atuar em ramo específico em que esta mesma autonomia privada e livre iniciativa se exerce com observância da defesa do consumidor (inc. V, do art. 170, da Constituição da República), logo, é ônus da recorrente providenciar o quanto necessário para dar cumprimento aos termos da lei, não estando ao seu alvedrio proceder a escolhas que não lhes são dadas fazer.

No sentido do que aqui se decide é a jurisprudência desta Corte:

PLANO DE SAÚDE – Portabilidade especial – Direito do autor, ex-empregado demitido sem justa causa de empresa estipulante de contrato coletivo, à migração para plano de saúde individual, familiar ou coletivo por adesão, sem recontagem de carências – Inteligência do art. 7º-C da Resolução n. 186/09 da ANS – Irrelevante a argumentação da apelante de que não comercializa planos individuais ou familiares – Não se deve tolerar que fique a critério da operadora o fornecimento das modalidades de plano individual ou familiar, pena de colocar em risco a proteção do consumidor – Necessário, porém, ressalvar a possibilidade de a operadora cobrar prêmio em valor distinto, a fim de manter o equilíbrio econômico e atuarial da avença, desde que o montante que não constitua cláusula da barreira – Recurso parcialmente provido.

(TJSP; Apelação Cível 1011354-34.2016.8.26.0005; Relator (a): Francisco Loureiro; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional V - São Miguel Paulista - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 01/08/2018; Data de Registro: 01/08/2018)

PLANO DE SAÚDE COLETIVO – Rescisão por iniciativa da empresa estipulante – Sentença que determinou à ré que disponibilize ao autor e seu núcleo familiar, plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar – Insurgência da ré – Não acolhimento - Possibilidade de rescisão unilateral de contrato coletivo de plano de saúde, desde que preenchidos os requisitos do art. 1º da Resolução nº 19 do CONSU – Hipótese em que não foi ofertada ao autor a possibilidade de migração para contrato individual ou familiar, sem cumprimento de carência, como estabelecido na resolução CONSU 19/1999 – Sentença mantida - Recurso desprovido.

(TJSP; Apelação Cível 1003300-41.2023.8.26.0003; Relator (a): Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional III - Jabaquara - 6ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/09/2023; Data de Registro: 11/09/2023)

É necessário deixar anotado que trata-se aqui de processo que envolve pessoa vulnerável, idoso com mais de 70 (setenta) anos, o que atrai a incidência das regras do art. 230 da Constituição da República, bem como do art. 2º da lei 10.741/2003, ambos dispositivos impondo haja, em qualquer situação a defesa da dignidade e bem estar do idoso, isso para garanti-lhe direito à vida, à preservação de sua saúde física e mental, mediante concessão a ele da proteção integral de que trata o estatuto do idoso.

Posto isso, a atitude adotada pela recorrida é inaceitável. Na espécie, o apelante padece de doença grave, a neoplasia de laringe, ou seja câncer, e tem absoluta necessidade de continuidade do tratamento do qual acometido.

Considerando esta forma de agir, vê-se que superou o mero desassossego a situação em que foi posto o recorrente, sofrendo ele dor moral, decorrente dos fatos aqui mencionados, da angústia pelo apelante vivida, e essa dor imaterial merece ser compensada com forma de não permitir que o acontecido seja, eventualmente, para apelada, como algo que ela poderia uma vez mais repetir, pois é certo que não estaria de modo algum autorizada a pensar dessa forma, muito menos quando para isso, obrigatoriamente, despreza a falta de cuidado que teve para com o recorrente.

Sendo assim, é caso de manter-se a indenização por dano imaterial fixada na sentença por seus próprios fundamentos.

Nesses termos, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Em virtude do resultado acima apontado, fica a apelante responsável pelas custas e despesas processuais, e pelo pagamento da verba honorária devida ao patrono da parte adversa, que fica fixado em 12% (doze por cento) do valor atualizado da causa, nos termos do art. 85, § 11, do Código de Processo Civil.

JOÃO BATISTA VILHENA

Relator