



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000392873

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1013401-12.2024.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado MARCELO JANNUCCI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 24 de abril de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1013401-12.2024.8.26.0001

Apelante: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Apelado: Marcelo Jannucci

Comarca: São Paulo - 9ª Vara Cível do Foro Regional de Santana

Magistrado de origem: Marcelo Tsuno

Voto nº 12393

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CANCELAMENTO UNILATERAL. DEPENDENTE EM TRATAMENTO MÉDICO. MANUTENÇÃO DE CONTRATO. **NÃO PROVIMENTO.**

I. CASO EM EXAME

1. Apelação interposta contra sentença que julgou procedente o pedido de manutenção de plano de saúde de beneficiário e seus dependentes, condenando a ré a manter o contrato em vigor e a se abster de denúncia unilateral imotivada.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em verificar a legitimidade passiva da operadora de saúde, a legalidade da manutenção do contrato de plano de saúde, considerando a relação de consumo, e a necessidade de continuidade do tratamento de dependente idosa.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A preliminar de ilegitimidade passiva é afastada, aplicando-se a teoria da aparência e a responsabilidade solidária na cadeia de fornecimento.

4. A manutenção do plano de saúde é justificada pela necessidade de continuidade do tratamento da dependente idosa, em conformidade com a função social do contrato e a dignidade da pessoa humana. A ausência de oferta de migração para plano equivalente sem carência caracteriza violação ao dever de informação e boa-fé objetiva.

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: “1. A manutenção do plano de saúde coletivo é obrigatória em casos de tratamento contínuo, respeitando a função social do contrato.”

Legislação citada:

Código de Defesa do Consumidor, arts. 7º, 18, 25, 34, 51;
Código Civil, arts. 421, 422;

Jurisprudência citada:

STJ, REsp nº 1.842.751 e REsp nº 1.846.123.
STJ, Apelação Cível nº 1016585-95.2023.8.26.0005, Rel.
Hertha Helena de Oliveira, 2ª Câmara de Direito Privado, j.
07.02.2025.

1. Trata-se de apelos interpostos contra r. sentença (fls. 131/134), que assim dispôs:

“Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido para condenar a ré à obrigação de manter o plano de saúde do autor e de seus dependentes nos exatos termos do contrato vigente, mediante o pagamento da respectiva contraprestação devida, tornando definitiva a tutela antecipada deferida. Arcará a ré com o pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios arbitrado em 10% sobre o valor atribuído à causa, nos termos do artigo 85, § 2º, do Código de Processo Civil.”

A operadora de saúde recorre (fls. 137/142), arguindo, preliminarmente, (I) ilegitimidade passiva. No mérito, alega, em suma: (II) a solicitação de exclusão da beneficiária veio por meio de solicitação da administradora e não partiu da operadora; (II) a validade das cláusulas contratuais sobre o encerramento do contrato. Contrarrazões, arguindo-se, preliminarmente, por violação ao princípio da dialeticidade (fls. 148/156).

É o relatório.

2. O recurso não comporta provimento.

De início, rejeita-se a preliminar aventada em contrarrazões, porquanto a mera repetição de argumentos já expostos não configura afronta à dialeticidade quando se enfrentam os fundamentos da sentença. Presentes os requisitos do artigo 1.010 do Código de Processo Civil, de modo que o apelo deve ser conhecido.

Afasta-se, ainda, afasta-se a preliminar arguida no recurso interposto pela apelante, como já o fora feito pelo juízo *a quo*. Conforme dispõe o Código de Defesa do Consumidor, em seus arts. 7º, 18, 25, 34, 51, dentre outros, todas as partes que se inserem na cadeia de fornecimento do serviço/produto respondem solidariamente entre si.

Incide, na hipótese, a “teoria da aparência”, uma vez que o consumidor acredita que está contratando com ambas. Assim, qualquer uma, ou as duas, podem figurar no polo passivo da demanda porque integram a mesma cadeia de fornecimento de serviços, devendo, portanto, a seguradora responder, solidariamente, pelos prejuízos causados aos consumidores (art. 7º, parágrafo único, CDC).

Nesse sentido:

“(...) MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE. INADMISSIBILIDADE DE CANCELAMENTO DURANTE TRATAMENTO (...) A preliminar de ilegitimidade passiva da Unimed é rejeitada, pois todas as partes na cadeia de fornecimento respondem (...) Recursos desprovidos (...)”
(Apelação Cível 1016585-95.2023.8.26.0005; Relatora: Hertha Helena de Oliveira; 2ª Câmara de Direito Privado; j. 07/02/2025).

Pois bem.

A questão não apresenta complexidade e foi bem decidida no aspecto principal. Incontroversa a existência de relação de consumo entre as partes aplicando-se, por consequência, o Código do Consumidor (608/STJ¹).

O beneficiário ajuizou ação cominatória, visando a manutenção de seu plano de saúde e de seus dependentes (**fls. 23/24**), mormente pelo fato de que sua sogra, pessoa idosa que conta atualmente com 98 anos de idade (**fls. 20/21**), possui diagnóstico de colecistite crônica calculosa, KPC (klebsiella pneumonia e carbapenemase), Alzheimer e necessidade de oxigenoterapia, encontrando-se em tratamento médico regime de *home care* (**fls. 29/31**).

O plano de saúde foi cancelado unilateralmente e sem qualquer justificativa pela requerida (**fl. 32**). Não se verifica, contudo, que tenha sido oferecido alternativa para migração para plano equivalente, sem prazo de carência, sobretudo considerando a necessidade de continuidade do tratamento da dependente. Essa omissão caracteriza violação ao dever de informação e da boa-fé objetiva (arts. 421 e 422, Código Civil).

O dever de informar, alerta CLÁUDIA LIMA MARQUES², representa no CDC:

“um verdadeiro dever essencial, dever básico (art. 6º, III) para a harmonia e transparência das relações de consumo. O dever de informar passa a ser natural na atividade de fomento ao consumo, na atividade de toda a cadeia de fornecedores, é verdadeiro ônus atribuído aos fornecedores, parceiros contratuais ou não do consumidor.”

¹ Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

² MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: O novo regime das relações contratuais. 5ª ed. São Paulo: RT. 2005, p.771-2

E nas relações contratuais se revela indissociável dos deveres de boa-fé objetiva, cooperação e cuidado, consoante entendimento do C. STJ:

*“O direito à informação, no Código de Defesa do Consumidor, é corolário das normas intervencionistas ligadas à função social e à boa-fé, em razão das quais a liberdade de contratar assume novel feição, **impondo a necessidade de transparência em todas as fases da contratação**: o momento pré-contratual, o de formação e o de execução do contrato e até mesmo o momento pós-contratual (...)”* (REsp 1.188.442/RJ, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 05/02/2013).

A argumentação da apelante não convence. Deveria ter sido oferecida alternativa para a portabilidade sem carência, sobretudo considerando a necessidade de continuidade do tratamento da dependente, a fim de garantir sua vida e saúde, respeitando, assim, a função social do contrato e a dignidade da pessoa humana.

O C. Superior Tribunal de Justiça firmou entendimento (Tema 1.082) de que não é permitida a rescisão unilateral do plano de saúde pela seguradora enquanto o consumidor do produto estiver em tratamento de doença grave:

“A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão contratual do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em plano 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”.

Por fim, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dá-se por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

3. Diante do exposto, **nega-se provimento ao recurso**, majorando a verba honorária fixada na sentença para 15% sobre o valor atualizado da causa (art. 85, § 11, CPC).

Fernando Marcondes
Relator