



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
São Paulo

**Registro: 2025.0000397935**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1016957-16.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante MÁRCIA DE FREITAS DOS SANTOS, é apelado AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A.

**ACORDAM**, em Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento ao recurso. V. U. Sustentou oralmente a Dra. Daniela Vieira Constancio, (OAB/SP 445.792).", de conformidade com o voto do Relator(a), que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores AFONSO BRÁZ (Presidente sem voto), DOMINGOS DE SIQUEIRA FRASCINO E ROSANA SANTISO.

São Paulo, 24 de abril de 2025.

**LÉA DUARTE**

**Relatora**

**Assinatura Eletrônica**

**Apelação Cível nº 1016957-16.2024.8.26.0100**

**Apelante: Márcia de Freitas dos Santos**

**Apelado: Amil Assistência Médica Internacional S/A**

**Comarca: São Paulo**

**Voto nº 1016957-16**

**Ementa: DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. OMISSÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. RESCISÃO CONTRATUAL POR FRAUDE. DEVOLUÇÃO DE VALORES. PROCEDÊNCIA DA DEMANDA.**

**I. CASO EM EXAME**

1. Ação ajuizada por operadora de plano de saúde visando a rescisão contratual por fraude e a restituição de valores pagos, sob a alegação de que a beneficiária omitiu, no ato da contratação, informações sobre doenças preexistentes.

**II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO**

2. Há duas questões em discussão: (i) determinar se a omissão da ré ao preencher a declaração de saúde caracteriza má-fé suficiente para justificar a rescisão contratual por fraude; e (ii) definir se a operadora tem direito à restituição dos valores pagos a título de despesas médicas decorrentes da doença preexistente não declarada.

**III. RAZÕES DE DECIDIR**

3. O dever de boa-fé objetiva impõe ao beneficiário do plano de saúde a obrigação de prestar informações verídicas sobre seu histórico médico no momento da contratação, nos termos do art. 765 do Código Civil.

4. A documentação médica comprova que a ré já possuía diagnóstico prévio de enfermidade grave antes da contratação e que omitiu essa informação ao preencher a declaração de saúde e durante a anamnese.

5. A operadora de saúde não pode ser compelida a custear tratamento de doença preexistente não declarada, sob pena de violação do equilíbrio contratual e prejuízo à coletividade de segurados.

6. O contrato de plano de saúde pode ser rescindido por fraude, conforme permitido pelo art. 13, II, da Lei dos Planos de Saúde, quando demonstrada a má-fé do segurado na omissão de informações relevantes para a aceitação do risco.

7. O ressarcimento dos valores pagos pela operadora é cabível, pois decorre da conduta dolosa da beneficiária ao omitir informações essenciais para a análise do risco contratual.

**IV. DISPOSITIVO E TESE**

Recurso desprovido.

Tese de julgamento:

a) A omissão intencional de doença preexistente pelo beneficiário do plano de saúde caracteriza fraude e autoriza a rescisão contratual pela operadora.

b) A operadora tem direito à restituição dos valores pagos a título de despesas médicas decorrentes de doença preexistente omitida na contratação.

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**São Paulo**

Dispositivos relevantes citados: Código Civil, arts. 765 e 766; Lei nº 9.656/1998, art. 13, II.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula nº 609; TJSP, Súmula nº 105.

Os argumentos apresentados pela requerida no seu recurso em que requer, em suma, a reforma da sentença com a improcedência da ação, já foram devidamente analisados e rejeitados pela sentença, que deve ser integralmente ratificada, nos termos do art. 252 do Regimento Interno do TJ/SP, por não haver nenhum fundamento de fato ou de direito novo relevante a ser apreciado:

“AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. ajuizou ação de nulidade contratual c/c restituição de valores em face de MARCIA DE FREITAS DOS SANTOS. Em síntese, narra a autora que, em 07/07/23, a ré deu entrada em plano de saúde junto à requerente, formalizado em nome da empresa IMTEC Comércio Importação e Exportação LTDA, ocasião em que a sócia, a requerida, assinou toda a documentação inerente à contratação. Na ocasião da contratação, a corré preencheu declaração de saúde, optando pelo preenchimento sem acompanhamento médico, sendo que respondeu de forma negativa todas as perguntas relacionadas a possíveis doenças e lesões preexistentes e declarando, ao final, a veracidade de todas as informações prestadas. Afirma que, em 01/08/23, a requerida deu entrada no pronto socorro em razão de quadro de endometriose. Alega que a parte ré já tinha conhecimento de seu quadro antes do ingresso no plano de saúde - diagnóstico prévio de Histerectomia parcial, Endometriose, Lesão sólido cística multiloculada pélvica e Aderências pélvicas (CID N80, N84, N736) -, e não realizou a declaração correta. Aduz que, conforme especifica claramente a documentação de contratação, a requerida tinha ciência da necessidade de declarar doenças e lesões preexistentes, assim como sabia que, se declara doença ou lesão, ficaria sujeita ao cumprimento do período de Cobertura Parcial Temporária, em que há restrição de cobertura de alguns materiais e procedimentos relacionados ao quadro clínico preexistente. Sustenta que a parte ré omitiu sua prévia condição por interesse em realizar tratamento médico mediante pagamento de valor baixo da mensalidade e, consequentemente, atribuir à autora e aos demais usuários do plano o ônus do valor elevado do procedimento. Conta que foi encaminhada à requerida Termo de Comunicação ao Beneficiário, informando-lhe que os documentos apresentados na solicitação indicavam doença preexistente, bem como procedimentos dela decorrentes estariam sujeitos ao período de cobertura, facultando à ré a retificação da Declaração de Saúde. Diz que a ré ficou-se inerte, incorrendo em fraude e omissão de condição de saúde prévia. Pontua que foi apresentada para a autora Notícia Crime, para apuração de delito de falsidade ideológica. Aduz que existe inequívoca prova de conduta de má-fé pela parte requerida. No mérito, pede a total procedência da demanda, com o cancelamento do contrato celebrado entre as partes ou a declaração do cumprimento do período de Cobertura Parcial Temporária, bem como a condenação da requerida à restituição de valores já pagos e ao pagamento de eventuais valores despendidos com tratamentos relativos a doença preexistente. Juntou documentos. Citada, a ré apresentou contestação a fls. 682/711. Diz que sua internação se deu em caráter de urgência e que não tinha ciência de seu diagnóstico quando da contratação do plano. Aduz que caberia à autora utilizar de seus médicos credenciados para realizar uma investigação da consumidora que se apresentou com intenção de contratar o plano de saúde. Afirma que ficou internada não apenas pelo diagnóstico inicial de câncer maligno que a requerente alega ser preexistente a

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**São Paulo**

contração do plano, mas por complicações posteriores que não se relacionam com o diagnóstico primário, ou seja, ainda que fosse comprovada a suposta préexistência, a maior parte da internação se deu por conta de doença superveniente à contratação do plano, o que demandou tratamento de urgência que deve ser integralmente custeado pela autora. Alega que não houve fraude praticada pela requerida, pois no momento da contratação do plano de saúde a ré ainda não havia sido diagnosticada com câncer maligno, razão pela qual deve ser mantido o plano de saúde da requerida para que essa possa dar continuidade ao tratamento oncológico que está em curso. Invoca aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor. Requer a total improcedência da demanda. Juntou documentos.

Réplica a fls. 761/773.

É o relatório.

DECIDO.

A lide comporta julgamento antecipado, uma vez que as questões fáticas já estão suficientemente comprovadas pelos documentos acostados aos autos, sendo desnecessária a produção de outras provas (art. 355, I, CPC).

Acolho, de início, impugnação ao valor da causa e quantum debeatur. Com efeito, o valor da causa foi retificado ad referendum conforme valor autodeclarado pela autora (fl. 346 e 347) que, todavia, deixou de regularizar a juntada da planilha com as despesas assistenciais incorridas. De toda sorte, a apuração do montante exato dar-se-á em sede de liquidação, de forma que o valor da causa, por ora, deve se abalizar pelo valor anual das mensalidades (R\$15.106,08 – fl. 20), ora retificado nos sistemas.

No mérito, os pedidos são procedentes.

Em suma, alega a autora que a titular-ré omitiu informações pertinentes sobre seu estado de saúde, quando da contratação. Assim, pretende a rescisão do contrato por fraude e, subsidiariamente, incidência de cobertura parcial temporária. Pleiteia, ainda, a restituição dos valores desembolsados para cobertura das moléstias omitidas.

Trata-se de contrato coletivo com menos de 30 beneficiários, que se beneficia da diluição dos sinistros por meio do agrupamento de toda a carteira de planos similares da operadora e não somente os segurados diretos do contrato (Res. ANS nº 309/2012).

A contrariu sensu, o art. 13, II, LPS admite rescisão do contrato de assistência médica por fraude e inadimplemento contumaz.

O contrato foi firmado em 30/06/2023 (fls. 716/9) e passou a vigor em 07/07/2023.

Na declaração de saúde, subscrita de próprio punho em 16/06/2024, constou negativa geral sobre moléstias pré-existente, em especial para "doenças ou tumorizações malignas (como leucemia, mieloma múltiplo, carcinoma, melanoma, linfoma e todos os tipos de câncer" e "doenças do aparelho urinário e do aparelho reprodutor masculino ou feminino (como cálculo renal, (...), cisto de ovário, mioma uterino, e nódulos de mama, entre outros)" (grifei).

A requerida realizou anamnese telepresencial em 29/06/2023 (fls. 334/6), ocasião em que se declarou o seguinte à Sra. enfermeira:

"6. O(A) Sr(a) tem ou já teve algum tipo de cisto ou tumor (incluindo caroços na pele e/ou na mama)? Ou qualquer outra parte do corpo?

Não.

5. A Sra. já sofreu algum problema na mama, no útero ou ovários? (Cistos, tumores, mioma ou endometriose).

Não.

16. OA) Sr(a) já precisou procurar um médico ou pretende procurar, por algum problema de saúde ou alteração em exames, não mencionados antes? Faz acompanhamento médico em Posto de Saúde? Rede pública ou particular?

Sim

Faz uso de óculos para hipermetropia.

7. O(A) Sr(a) esteve ou está em hospitalização, internamento hospitalar ou realizou

alguma cirurgia nos últimos 12 meses?

Não.

20. O (A) Sr. (a) foi hospitalizado, operado ou) planeja realizar algum procedimento em breve?

Não.

21. O (A) Sr. (a) já teve plano saúde com outra operadora? Se sim, qual operadora? Era particular ou empresarial? Ficou com essa operadora por quanto tempo? Realizou algum tratamento por ela? São Cristóvão, particular, 3 anos, consultas e exames de rotina

(...)

Identifica divergência? Sim

Qual? Diagnóstico de ansiedade / Uso de óculos para hipermetropia Por que o beneficiário não informou na Declaração de Saúde essas patologias:

Não havia local para informar [a contrariu sensu fl. 330] Cids: Z973 (Presença de óculos e de lentes de contato), H520 (Hipermetropia), F411 (Ansiedade generalizada)"

Ocorre que, em paralelo à tratativas pré-contratuais, a requerida realizou exame de ultrassonografia do abdome total, pélvica e transvaginal com Doppler colorido, em cujo laudo, emitido em 09/06/2023, assinalou-se histórico de "pós-operatório tardio de histerectomia e anexectomia bilateral" (fl. 331) e "colecistectomia e histerectomia parcial", além de achados de "espessamentos no compartimento posterior da pelve, podem corresponder a endometriose e/ou neoplasia", "lesão sólida cística multiloculada pélvica, suspeita para acometimento neoplásico", e "aderências pélvicas" (fl. 331 – grifei – Clínica Medicina da Mulher – Dr. Mauricio Simões Abrão).

Pouco menos de um mês da vigência, a autora realizou exame anatomopatológico, dando conta de "adenocarcinoma mesonéfrico-símile associado a adenofibroma endometriode (who 2020)", "lesão correspondente a cisto pélvico", e "neoplasia cística em tecido ovariano com infiltração da parede e extensão à superfície externa" (fls. 736/7 – 02/08/2023 – Prof. Dra. Filomena M. Carvalho). Aqui salta aos olhos o intervalo de tempo entre o exame de imagem com alarmantes achados e laudo anatomopatológico.

Ato contínuo, submeteu-se à laparotomia exploradora para lise de aderências e ressecção da lesão cística também sob os cuidados do Dr. Maurício Simões Abrão e equipe (08/08/2023 – fl. 739), tendo sido necessária, em razão complicação pós-operatória, nova abordagem cirúrgica para lise de noivas, resutura intestinal com anastomose intestinal (15/08/2023 e ). Sequenciou-se tratamento com radioterapia e quimioterapia (fl. 750 et passim – QT adjuvante e IMRT).

Pois bem.

Em matéria de seguros, o dever de boa-fé pré-contratual é bilateral e expresso, segundo o qual "o segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes" (art. 765, CC).

Tampouco se diverge da firma orientação encampada pelas Súmulas STJ nº 609 e TJSP nº 105, segundo a qual "a recusa de cobertura securitária sob alegação de doença preexistente é ilícita se não houve a exigência de exames prévios à contratação ou a demonstração de má-fé do segurado."

A depender do grau de especificidade técnica ou consolidação supervivente da moléstia ou diagnóstico definitivo, possível se cogitar de relativização das consequências contratuais decorrentes de eventual resposta inverídica no questionário padronizado e entrevista presencial, cabendo, caso a caso, diferenciar erro escusável por parte do beneficiário/leigo da inexistência ou omissão dolosa de informações que possam influir materialmente na aceitação da proposta ou taxa de prêmio (art. 766, CC).

Daí porque "a boa-fé objetiva deve ser observada pelas partes na fase de negociações preliminares e após a execução do contrato, quando tal exigência

decorrer da natureza do contrato” (Enunciado CJF nº 170 - grifei).

Nesse ponto, insta salientar que, por mais percuciente que pudesse ser o exame admissional da autora, não é menos certo que inumeráveis moléstias, como no caso concreto, dependem de queixa – em termos leigos – por parte do paciente, à falta de que nenhum clínico razoavelmente poderia inferir indício de patologia. Somente após autodeclaração de condição clínica potencialmente relevante pelo beneficiário é que a autora poderia adotar postura mais proativa para melhor caracterização do risco assumido.

À falta de informe do declarante, histórico familiar ou algum fator de risco autodeclarado, não lhe seria dado pura e simplesmente obrigar, em boa-fé ou boa prática médica, todo e qualquer potencial contratante à realização aleatória de exames, sobretudo de natureza altamente invasiva, tal qual ultrassonografia pélvica e transvaginal.

Nesse particular, cumpre salientar que o histórico médico do paciente-aderente (anterior ou não à contratação) reveste-se de sigilo médico, cujos depositários e acesso dependem, por óbvio, de indicação e consentimento deste último. Inviável, assim, carrear à parte contrária o ônus de produzi-lo (art. 373, §2º, CPC). E, de outro lado, não favorece ao detentor do sigilo levantamento parcial e seletivo, pois lhe é vedado "utilizar-se dele aceitar os fatos que lhe são favoráveis e recusar os que são contrários ao seu interesse" (art. 412, §único, CPC).

Seja como for, o caso concreto distancia-se seguramente da tutela da boa-fé.

É de se agredir inteligência alheia que, durante a anamnese telepresencial, a requerida tenha reconhecido omissão imaterial de hipermetropia, mas se olvidado, por lapso inocente, de mencionar a remoção cirúrgica de múltiplos órgãos (i.e. vesículas biliares, ovários, e parcela do útero).

De sua parte, as perguntas formuladas pela requerida são objetivas, claras e inteligíveis a qualquer pessoa leiga, tudo redigido "em linguagem simples, de uso comum, evitando termos técnicos ou científicos pouco conhecidos, de uso restrito ao ambiente acadêmico ou profissional" (Res. ANS nº 162/2007).

Em outras palavras, não se exigiu da parte aderente a antecipação exata e definitiva de diagnóstico futuro e incerto com as caracterizações e pormenores compreensíveis somente aos especialistas. Longe disso, apenas e tão somente mera notícia sobre "algum tipo de cisto", "endometriose", a realização ou realização de "cirurgia", a necessidade de "procurar um médico ou pretende procurar, por algum problema de saúde ou alteração em exames", etc que autorizasse melhor investigação clínica. Tivesse a parte ré prestigiado a transparência e deveres anexos à boa-fé e, de seu turno, a autora deixado de empregar diligência compatível, certamente socorreria àquela - e não esta – a robusta proteção conferida pelos consectários da boa-fé objetiva.

Igualmente, os laudos carreados pela parte ré são cirúrgicos nas omissões sobre o histórico clínico. Nesse particular, vale pontuar que todos foram subscritos por fac-símile que não se equipara à assinatura eletrônica qualificada, tal exigida pela legislação e regulamentação de regência (Lei nº 14.063/2020 e Res. CFM nº 2.299/2021), sobretudo no tocante à autoria, autenticidade, e data de emissão (art. 2º, Res. CFM nº 2.299/2021).

Palpável, demais disso, potencial conflito de interesses, uma vez que, se aplicável cobertura parcial temporária e/ou ausente declaração de urgência (fl. 738 – art. 35-C, I, LPS), os expressivos honorários e taxas hospitalares não teriam vertidos a prestadores específicos às custas dos demais beneficiários (Hospital BP Paulista e e "equipe multidisciplinar" – fl. 738 et passim).

A despeito disso, esclarecem os parcos elementos constantes dos autos que, antes mesmo da primeira internação ocorrida no início de agosto/2023, a requerida já se queixava de "dor abdominal e pélvica aguda, de forte intensidade, com piora importante há 1 dia, sem melhora com uso de analgésicos e opióides" (fl. 738 – Clínica da Mulher - Dr. Maurício Simões Abrão – 01/08/2023 - grifei). Duvidoso, para se dizer o mínimo, que sintomas e tratamentos deste calibre tenham sido



prescritos sem qualquer investigação compatível com sua gravidade.

Não prospera, em particular, a tentativa de atribuir a descoberta fortuita durante exames "de rotina", seja porque o resultado evidentemente infeliz (09/06/2023), repise-se, já era de conhecimento antes da declaração da saúde (16/06/2024), anamnese (29/06/2023) e contratação (30/06/2023), seja porque, mesmo carente de plano de assistência médica, a parte autora se valia de profissionais extremamente gabaritados, por estranha coincidência, na exata especialidade da moléstia que supostamente viria ser descoberta fortuitamente.

Segundo as informações constantes no sítio eletrônico (fl. 739, in fine), o clínico-atendente, Dr. Maurício Abrão, atua como:

- "Professor Associado pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Médico responsável pelo Setor de Endometriose da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.
- Coordenador do Serviço de Ginecologia do Hospital BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo
- Membro do Board da Sociedade Mundial de Endometriose – <http://www.endometriosis.ca/organisation.html>
- Membro do conselho da Society of Endometriosis and Uterine Diseases (SEUD), World Endometriosis Society (WES).
- Fundador e 1º Presidente da SBE [www.s bendometriose.com.br](http://www.s bendometriose.com.br), Presidente da World Congress of Endometriosis 2014 (WES).
- Presidente de Honra da Endometriosis 2017 e tesoureiro associado da International Federation of Fertility Society.
- Presidente da AAGL, Associação Americana de Ginecologia e Laparoscopia, a principal e maior instituição de ginecologia do mundo (2022)." (<https://medicinadamulher.com.br/equipe/prof-dr-mauricio-abrao/> - grifei)

Para além da falsidade sobre informações relevantes em múltiplas oportunidades, a cronologia também denuncia a má-fé, eis que o acompanhamento clínico altamente especializado já vinha ocorrendo antes da contratação e realização de diversos procedimento de alto complexidade (PAC) se sucederam por poucas semanas após a contratação (fl. 739 e ação 1048236-20.2024.8.26.0100).

Em contrapartida à peremptória vedação de seleção de risco pelas operadoras, a legislação pátria autoriza a suspensão temporária de cobertura para doenças e lesões pré-existentes por até 24 meses da vigência contratual (art. 11, LPS).

Enquanto a chamada Cobertura Parcial Temporária (CPT) suspende, sem acréscimo na mensalidade, a cobertura de doenças específicas por prazo determinado sem prejuízo à cobertura imediata e integral de todas as demais listadas pela OMS (art. 10º, LPS), os períodos de carência dizem com a suspensão de determinadas classes de procedimentos (art. 12, V, LPS).

Ambos os dispositivos visam resguardar a coletividade de co-beneficiários contra a assunção de custos catastróficos decorrente de oportunismo contratual instrumentalizando-se, por meio de incentivo alocaional, a "redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196, CF).

Caso a legislação pátria não os contemplasse, instaurar-se-ia perverso incentivo, ora exemplificado, para que não se contratasse o plano assistencial até iminência do intolerável, privilegiando-se, às custas dos demais beneficiários, a cobertura de tratamentos de último recurso geralmente mais custosos e complexos em detrimento de exames e terapêuticas preventivas ou de baixíssimo custo.

A exclusivo critério e conveniência do interessado direto, facultar-se-ia diferimento do pagamento do preço até que cuidados extremos se fizessem necessários, agravandose, enquanto o isso, o risco subjacente (art. 798, CC) e, em última análise, isentando-o das consequências deletérias da própria torpeza mediante imposição de custos aos demais beneficiários (art. 2º, §único, CDC), sobretudo

**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**São Paulo**

daqueles prestaram, como sói ser, declarações verdadeiras e precisas sujeitaram-se às carências e CPTs aplicáveis. Solução diversa daria guarida à má-fé, pois, logo após a cobertura, bastaria ao interessado desligar-se do plano até se fizesse necessário novamente. Nada mais longe do mutualismo e solidariedade que anima os contratos de assistência médica.

Durante a denominada Cobertura Parcial Temporária (CPT), admite-se, "a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal" (art. 2º, II, Res. ANS nº 162/2007 - grifei).

Nesse interim, "as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada" (art. 6º, §3º, *ibid* - grifei).

No caso concreto, não há notícia de um único tratamento desconexo à doença pré-existente (neoplasia - fls. 736 e ss), de baixa complexidade ou não, a sugerir que a contratação, *ab ovo*, tinha como fito preponderante carrear aos demais beneficiários as despesas relacionadas à neoplasia pré-existente, o que fulmina a base objetiva do negócio em si (arts. 145 e 766, CC e art. 13, II, LPS).

Em que pese o esforço retórico dispensado e empatia que a situação merece, descabida a invocação ao precedente vinculante (STJ Tema nº 1069) ou aplicação analógica do art. 13, III, LPS que veda "a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular" (grifei), pois inexistente simetria fática e jurídica alguma com o presente caso que não versa sobre rescisão imotivada.

Os irrefutáveis fundamentos humanitários, que legitimaram extensão das garantias de continuidade aos beneficiários de contratos coletivos, não cancelam, sequer em tese, imunidade à justa causa que, também nos contratos individuais, autorizaria rescisão motivada (i.e. fraude – art. 13, II, CPC), havendo ou não tratamento em curso.

Demais disso, o direito potestativo à rescisão sequer foi exercido de plano, tendo a autora recebido e a operadora, *rectius* demais beneficiários, arcado com todo o tratamento nos exatos termos em que prescrito (art. 11, §único, LPS).

De rigor, assim, acolhimento do pedido para declarar a rescisão do contrato de assistência médica somente no tocante à requerida.

Considerando que, até declaração em sentido diverso, a operadora deve cobrir todos os procedimentos, ainda que controversos, exsurge o dever de indenização pelas despesas comprovadamente custeadas ou reembolsadas pela operadora até a rescisão ora declarada, o que será apurado em sede de liquidação, com a pequena ressalva *infra*.

A rescisão é bilateral e restitui ambas as contrapartes ao status quo ante, razão pela qual as mensalidades pagas pela requerida devem ser abatidas do montante a ser repetido, sob pena de enriquecimento ilícito da autora.

Por fim, insta pontuar que não há conflito prático com a ação ajuizada pela ora requerida em face da requerente nestes (1048236-20.2024.8.26.0100 - E. 11ª Vara Cível - já sentenciada), na qual se discute concreta e pontualmente a (i)legalidade de uma negativa de tratamento (radioterapia IMTR), presumindo-se, porquanto lá incontestadas, a existência, validade e eficácia do contrato propriamente (art. 503, *caput*, CPC).

Ante o exposto, julgo PROCEDENTES os pedidos (art. 487, I, CPC) para declarar a rescisão do contrato no tocante à beneficiária-ré a partir da presente data e, em consequência, condena-la a restituição das despesas assistenciais comprovadamente custeadas ou reembolsadas pela requerente, com correção monetária pela Tabela Prática TJSP e juros legais a partir da citação.

Desse montante deverão ser abatidos, *pari passu*, os valores das mensalidades pagas pela requerida devidamente atualizadas, o que será apurado em sede de liquidação.





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
São Paulo

Pela sucumbência, arcará a parte ré com as custas processuais e honorários advocatícios que fixo em 10% sobre o valor da condenação.  
P.I.C.”

Ante o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Pela sucumbência recursal, majoro os honorários advocatícios devidos pela ré ao advogado da parte autora para 20% (vinte por cento) do valor atualizado da condenação, de acordo com os critérios do art. 85, §2º e 11, do CPC/2015.

A oposição de embargos de declaração fora das hipóteses legais e/ou com efeitos infringentes dará ensejo à imposição da multa prevista pelo artigo 1026, § 2º, do CPC.

Considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional discutida, evitando-se, com isso, oposição de embargos de declaração para este fim (Súmulas nº 211 do Superior Tribunal de Justiça e nº 282 do Supremo Tribunal Federal).

**LÉA DUARTE**  
**Relatora**