



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000397800

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1073430-22.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS S.A. e AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelada ARACI MARTINS MUSOLINO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento aos recursos. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ALCIDES LEOPOLDO E MARCIA DALLA DÉA BARONE.

São Paulo, 25 de abril de 2025.

ENIO ZULIANI

Relator

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº 93935

APELAÇÃO CÍVEL Nº 1073430-22.2024.8.26.0100

COMARCA: SÃO PAULO

JUIZ / JUÍZA DE 1ª INSTÂNCIA: ANA LAURA CORREA RODRIGUES

**APELANTES: QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS S.A. E
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A**

APELADO: ARACI MARTINS MUSOLINO

Apelação – Plano de saúde – Cancelamento unilateral de contrato – Ação cominatória – Reativação do plano de saúde – Sentença de procedência do pedido - Apelos das rés - Legitimidade passiva da corré QUALICORP – Inteligência dos arts. 7º, p. ú. e 25, §1º, ambos do CDC - Caso envolvendo autora idosa, que permaneceu no plano por 20 anos – Rescisão notificada sem que fosse observado o prazo de 60 dias, não sendo ofertada migração para plano familiar e/ou individual equivalente (rede credenciada, cobertura e preço) sem carência (Resolução CONSU 19/99) – Abusividade configurada – Decisão mantida, com observação. Não provimento dos recursos.

Vistos.

São dois os recursos de apelação que desafiam a r. sentença proferida na ação cominatória proposta por **ARACI MARTINS MUSOLINO** em face de **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.**, que julgou procedente o pedido inicial para reativação do plano de saúde da autora, seja na modalidade coletiva por adesão ou individual/familiar, *“sob a condição de preservar as mesmas condições originalmente contratadas, sem a obrigação de cumprir novos prazos de carência mediante o pagamento das mensalidades, sob pena de multa diária em caso de descumprimento, arbitrada em R\$ 5.000,00, limitada a R\$ 50.000,00”*. Ante a sucumbência, as rés foram condenadas ao pagamento de despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% do valor da causa (fls. 270/273).

A ré QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A., em breve síntese, preliminarmente, alega ser parte ilegítima para figurar no polo

passivo da ação por ser apenas intermediária na gestão administrativa e operacional do contrato coletivo, sendo decisão exclusiva da operadora o cancelamento noticiado; no mérito, reitera não ter cometido nenhuma irregularidade, pois não coube a ela qualquer decisão quanto à rescisão contratual, não lhe restando alternativa que não a notificação da beneficiária quanto ao cancelamento do plano conforme decisão da operadora AMIL, o que foi comunicado à autora dentro do prazo estabelecido. Tece considerações e colaciona julgados a respeito da possibilidade de rescisão do contrato coletivo de saúde suplementar pela operadora e alega que, apesar de não ter qualquer relação com a rescisão, informou a beneficiária acerca do direito à portabilidade de carências por perda de vínculo, como dispõe o artigo 8º da RN ANS 438/2018, além de colocar à sua disposição seu portfólio de produtos para que, querendo, providenciasse a portabilidade do seu plano. Ressalta, ainda, que, à luz do Tema 1082, a responsabilidade para manutenção do contrato enquanto perdurar eventual internação ou tratamento essencial para garantia da vida da beneficiária é da operadora e não dela, administradora, destacando inexistir essa condição no caso em análise. Por fim, alega impossibilidade de migração para plano individual por não constar de seu portfólio esse tipo de modalidade contratual. Requer o provimento do recurso, com a reforma da sentença (fls. 282/297).

A AMIL, por sua vez, afirma, em suma, que o cancelamento realizado ocorreu de acordo com as normas contratuais (Cláusula 22.2.1) e conforme resoluções da ANS (509 e 557), e não houve nenhuma irregularidade, sendo que o fato de a parte beneficiária passar por tratamentos recorrentes não impede o cancelamento do contrato. Aduz que o aviso prévio de 60 dias previsto no contrato foi cumprido, sendo que cumpria à administradora (Qualicorp), indicar a mudança de plano para a autora, bem como ofertar novo plano à beneficiária, conforme previsto nos arts. 2º, I, II e III, 5º, p.ú. e 7º, I e II, da RN nº 515/22. Discorre sobre a impossibilidade de manter a autora sozinha em uma apólice, sem vínculo com qualquer administradora, pois estará em descumprimento de exigência da ANS quanto aos requisitos de elegibilidade previstos na RN nº 557/2022, sujeitando-se ao risco de sanções regulatórias. Requer seja reformada a sentença (fls. 303/315)

Contrarrazões às fls. 321/327, pelo não provimento dos recursos.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

A preliminar de ilegitimidade passiva arguida pela QUALICORP deve ser afastada, sendo incontroverso que as rés integram a cadeia de consumo estabelecida com a parte apelada e, portanto, assim como a AMIL, a Qualicorp tem legitimidade para o pedido, como tem reiteradamente decidido o Tribunal, nos termos do parágrafo único do art. 7º do CDC. De igual modo, o § 1º do art. 25 do mesmo Código também estabelece a responsabilidade solidária, o que enseja o afastamento da alegação de ilegitimidade passiva.

Prosseguindo, não se discute que a relação que se estabeleceu entre as partes, por força do contrato celebrado, é de consumo. O Código de Defesa do Consumidor é norma de ordem pública, que se aplica a todas as relações de consumo, inclusive as decorrentes da contratação dos planos de saúde, nos termos da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. No mesmo sentido, a Súmula 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça.

Ainda, em princípio, não há óbice à rescisão unilateral dos contratos coletivos, desde que devidamente notificado o beneficiário e que a rescisão ocorra 60 (sessenta) dias após o recebimento da notificação, **o que não é o caso dos autos.**

Nesse sentido:

“2. Esta Corte possui a compreensão de que é possível a rescisão unilateral do contrato coletivo de plano de saúde, imotivadamente após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte,

uma vez que a norma inserta no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares (AgRg no AgRg no AREsp nº 51.473/SP, Rel. Ministro ANTÔNIO CARLOS FERREIRA, Quarta Turma, DJe 14/10/2015). 3. (...). 5. Agravo interno não provido, com imposição de multa”. (STJ, 3ª Turma, AgInt no AREsp nº 952.334/SP, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. em 27/04/2017).

A possibilidade de cancelamento unilateral do plano coletivo, porém, não exime as rés da obrigação de oferecer à usuária do plano de saúde coletivo, rescindido de forma unilateral, novo plano individual ou familiar, sem o cumprimento de carência. Nesse sentido é o disposto no artigo 1º da Resolução nº 19 do Conselho de Saúde Suplementar CONSU, bem assim na Resolução Normativa nº 154/2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que impõe normas para migração: *“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”*.

In casu, ficou demonstrado que a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo ocorreu sem justificativa idônea e sem a comprovação da oferta de alternativa viável à autora, tratando-se de uma conduta abusiva e contrária aos princípios que regem as relações contratuais e consumeristas. A operadora de plano de saúde, ao ofertar seus serviços, assume a responsabilidade de garantir a continuidade da assistência médica aos seus beneficiários, especialmente àqueles que, com o longo decorrer dos anos (no caso, 20 anos de vigência do contrato) e, conseqüentemente, com o avanço da idade (a recorrida possui, atualmente com 71 anos, conforme fls. 12), passa a necessitar de tratamentos contínuos, sendo certo que uma nova contratação, por vias próprias, para integrar novo plano de saúde que assegure sua estabilidade clínica não se mostra uma tarefa simples. A Amil, contudo, nem mesmo

esclareceu se houve a rescisão total do contrato coletivo ou se a exclusão da autora ocorreu de forma isolada, tampouco demonstrou que lhe ofereceu a migração para um plano individual **equivalente** àquele vigente, sem carência, conforme exigido pelo art. 1º da Resolução CONSU nº 19/1999. Na verdade, neste ponto a divergência é favorável à apelada, pois a única indicação realizada para a beneficiária – fls. 60/62 – obviamente nem mesmo se aproxima da equivalência exigida pela norma legal (fls. 5), o que coloca a beneficiária em posição de extrema vulnerabilidade, violando o princípio da boa-fé objetiva (art. 422 do Código Civil) e a função social do contrato (art. 421 do Código Civil), que exigem transparência e lealdade na condução das relações contratuais.

Como foi destacado pela Min. Nancy Andrichi quando do julgamento do REsp nº 1.732.511/SP (STJ, 3ª T., j. 04/08/2020, DJe 20/08/2020), “... o Código de Defesa do Consumidor 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 de seu grupo familiar”, oportunidade em que ainda asseverou a relatora que “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”. Assim, ao cancelar imotivadamente o plano de saúde sob análise sem ofertar plano de saúde equivalente (em preço e qualidade), expuseram a saúde da recorrida em risco e a colocaram em evidente desvantagem, não tendo agido segundo a boa-fé, princípio fundamental e que deve pautar quaisquer relações contratuais em todas as suas fases (caput, do art. 113 c.c. art. 422, do Código Civil).

Em caso semelhante, vale aqui repetir o quanto exposto na fundamentação de voto proferido pelo Min. Marco Buzzi ao apreciar o REsp nº 1.792.893- SP (j. 04/02/2019, DJe 07/02/2019):

"Não é possível, dentro do microsistema do Código de Defesa do Consumidor, fazer-se uma interpretação restritiva ao consumidor, sob pena de grave violação ao sistema protetivo que inegavelmente integra as relações de consumo em benefício da parte hipossuficiente. Não se pode deixar de ter em conta que a rescisão unilateral de contrato de adesão de plano de saúde lesa direitos dos associados, contrariando princípios consagrados nas normas de defesa do consumidor, podendo trazer-lhes prejuízos irreparáveis. Nesse ínterim, não se pode diferenciar os contratos individuais dos coletivos ou empresariais, na medida em que, em última análise, estes também se destinam ao consumidor individual e, por isso, a diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente para situações iguais".

Assim, é de se ressaltar que não cabe qualquer tentativa de isenção do dever de oferecer plano individual, sob pena de esvaziamento da normatividade aplicável ao caso e supramencionada, mesmo porque ainda que a ré sustente que não comercializa, mais, planos individuais ou familiares, não significa que não mais se preste tais serviços. Esse é um dever que recai sobre ambas as requeridas pois, como de forma brilhante destacou o Desembargador ALEXANDRE MARCONDES no julgamento da Apelação nº 1090319-85.2023.8.26.0100, *"A responsabilidade das rés pelos fatos derivados do serviço de saúde é solidária, com visto anteriormente, de forma que a Qualicorp não pode se esquivar da obrigação perante o consumidor mediante invocação dos limites de sua atividade comercial. Enquanto empresa parceira da Unimed, a Qualicorp deve atuar para garantir o fiel cumprimento das disposições administrativas referentes ao cancelamento unilateral do contrato (no caso, garantir o oferecimento de um novo plano equivalente à autora), sob pena de inadmissível vulneração de seus clientes"*. (TJSP; Apelação Cível 1090319-85.2023.8.26.0100; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 40ª Vara Cível; Data do

Julgamento: 25/03/2024; Data de Registro: 25/03/2024).

Nesse contexto, **a decisão recorrida merece ressalva neste ponto**, sendo obstada a rescisão do contrato de saúde firmado entre as partes enquanto não for ofertado à apelada novo plano com as mesmas condições (preço e rede credenciada) e sem cumprimento de carência, como determina a norma legal

Por fim, quanto ao argumento da AMIL de que poderá sofrer eventual sanção regulatória, basta a recorrente informar à agência reguladora que sua conduta está lastreada em ordem judicial, o que por certo a isentará de possíveis condenações.

Ante o ora decidido, ficam majorados para 13% do valor da causa os honorários advocatícios sucumbenciais, nos termos do art. 85, §11, do CPC.

Ante todo o exposto, **nega-se provimento aos recursos.**

ENIO ZULIANI
Relator