



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000402362

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1002730-96.2024.8.26.0269, da Comarca de Itapetininga, em que é apelante UNIMED ITAPETININGA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, são apelados ALBERTINO APARECIDO A COSTA e HELOISA CERQUEIRA VILLAÇA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 ALBERTO GOSSON (Presidente sem voto), MÔNICA DE CARVALHO E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 25 de abril de 2025.

AUGUSTO REZENDE

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação nº 1002730-96.2024.8.26.0269

Apelante: Unimed Itapetininga Cooperativa de Trabalho Médico

Apelados: Albertino Aparecido A Costa e Heloisa Cerqueira
Villaça

Comarca: Itapetininga

Juiz de primeiro grau: Miguel Alexandre Correa Franca

Voto nº 25689

Plano de saúde. Contrato coletivo. Cancelamento unilateral pela operadora. Admissibilidade. Vedação prevista no artigo 13 da Lei nº 9.656/98 aplicável exclusivamente a contratos individuais e familiares. Necessidade, contudo, de se observar, na espécie, a Resolução CONSU nº 19/1999 conjugada com as normas do CDC. Usuários, ademais, em tratamento médico. Impossibilidade de interrupção do atendimento. Tese firmada pelo STJ (Tema 1082). Obrigação da ré de disponibilizar contrato individual ou familiar, sem aplicação de período de carência, aos autores. Legitimidade ativa reconhecida. Cerceamento de defesa incorrente. Recurso improvido.

RELATÓRIO

A r. sentença de fls. 210/214, cujo relatório é adotado, julgou procedente o pedido para “determinar que a requerida ofereça aos requerentes plano individual/familiar, independentemente de carência e com as mesmas coberturas e condições do plano empresarial, mediante pagamento das contraprestações correspondentes, sem ensejar a interrupção do tratamento médico que a que se submetem”.

Apela a ré, sustentando, em síntese, que os beneficiários são parte ilegítima para postular a manutenção de contrato coletivo; ter havido cerceamento de defesa, na medida

em que impossibilitada a produção da prova pericial; ser incontroversa a inviabilidade econômica e o desequilíbrio financeiro do contrato; a licitude do cancelamento, amparado pelo ajuste firmado entre as partes e pelas normas da ANS.

Recurso tempestivo, acompanhado de comprovante de preparo e contrarrazoado.

É o relatório.

ARGUMENTAÇÃO E DISPOSITIVO

Inicialmente, cumpre afastar a tese da ré no sentido de que os autores não devem figurar no polo ativo da demanda.

É certo que os autores, beneficiários do contrato cuja rescisão foi operada pela ré, possuem legitimidade para postular individualmente a manutenção da cobertura.

Tal entendimento encontra-se inclusive sumulado por este E. Tribunal de Justiça: *“O beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe”* (Súmula nº 101).

Fica rejeitada, portanto, a preliminar de ilegitimidade ativa.

No mais, consta que o plano coletivo de que os autores eram beneficiários veio a ser cancelado pela operadora, momento em que se submetiam a tratamento médico. Postula-se, assim, a manutenção da cobertura.

Não se nega a possibilidade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde de natureza coletiva, mediante aviso prévio, uma vez que o artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/98, que impede a denúncia unilateral do contrato de plano de saúde, aplica-se exclusivamente a contratos

individuais ou familiares.

De outro lado, a teor do artigo 1º da Resolução Normativa 19 do Consu, “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”.

Logo, é de se concluir que a rescisão imotivada do contrato, sem a oferta de alternativa de custo e condições de cobertura compatíveis que possibilitem o prosseguimento regular do atendimento, sem alterações ou o cumprimento de novas carências, importa desvantagem exagerada ao consumidor, que é o destinatário final dos serviços previstos no contrato (art. 51, IV e § 1º, incisos I a III, do CDC), afrontando, ao mesmo tempo, a função social do contrato e a boa-fé objetiva, frustrando a confiança do consumidor no prosseguimento do atendimento com o qual contava e pelo qual sempre pagou.

De qualquer forma, ainda que se considere lícita a rescisão unilateral de contratos de plano de saúde coletivos, tal providência não pode ser adotada durante o período em que o beneficiário esteja em tratamento médico necessário à garantia de sua sobrevivência e/ou incolumidade física.

É o caso dos autos, em que os autores tiveram a cobertura interrompida quando se submetiam a tratamento médico (fls. 68/87).

Nesse passo, observado que o objetivo do contrato de plano de saúde visa a recuperação/preservação da saúde dos beneficiários, tem-se como abusiva a conduta da parte ré ao prejudicar o tratamento a que vinham sendo submetidos.

Ao modificar abruptamente as condições do ajuste, enquanto em atendimento médico os usuários, atenta a operadora contra os princípios da boa fé objetiva, da cooperação, da confiança e da lealdade que deve orientar a interpretação dos contratos que regulam relações de consumo.

O E. Superior Tribunal de Justiça consolidou entendimento, em julgamento de recursos repetitivos, no sentido de que *mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá ser assegurada 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* (REsp n. 1.842.751/RS e 1.846.123-SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022 – Tema 1082).

Deve ser assegurada, pois, a manutenção do atendimento aos autores até que lhes seja disponibilizado plano individual ou familiar nas mesmas condições do antigo contrato coletivo empresarial, sem a necessidade de cumprir novas carências e mediante o pagamento do prêmio correspondente praticado no mercado.

A propósito:

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. INADMISSIBILIDADE. OBRIGAÇÃO DE OFERECER PLANO INDIVIDUAL. TEMA 1.082 DO STJ. RECURSO DESPROVIDO. 1.- Ação movida em face da operadora para restabelecimento de plano de saúde cancelado unilateralmente, sob alegação de necessidade de continuidade do tratamento para Transtorno do Espectro Autista. 2.- A questão em discussão consiste em saber se a operadora de plano de saúde pode cancelar unilateralmente um plano coletivo sem oferecer alternativa de migração para plano individual, especialmente durante tratamento médico contínuo. 3.- Preliminar de ilegitimidade passiva da administradora rejeitada. 4.- Aplicação do Código de Defesa do Consumidor às relações contratuais de planos de saúde,

conforme Súmula nº 608 do STJ. 5.- A Resolução nº 19/1999 do CONSU e a Resolução Normativa nº 254/2011 da ANS garantem a migração para plano individual sem carência em caso de rescisão de plano coletivo. 6.- A rescisão unilateral sem oferta de plano individual viola o Tema 1082 do STJ, que assegura continuidade do tratamento até alta médica. 7.- Danos morais "in re ipsa" configurados, mantido o valor da indenização fixado na sentença. Recursos desprovidos. (TJSP; Apelação Cível 1007761-07.2024.8.26.0008; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VIII - Tatuapé - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 31/01/2025; Data de Registro: 31/01/2025);

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. Sentença de procedência para manutenção do contrato na modalidade individual ou familiar, equivalente ao anterior plano coletivo contratado. Irresignação da ré. Não acolhimento. Rescisão unilateral. Resolução CONSU nº 19 que obriga a operadora a disponibilizar contrato individual ou familiar, sem aplicação de período de carência, aos beneficiários do plano coletivo rescindido. Alegação de que não comercializa plano individual. Afastamento. Manutenção do plano, ademais, à vista de que o filho do autor se encontra em tratamento de enfermidade com equipe multidisciplinar. Proteção à saúde do beneficiário que deve ser resguardada. Observância, ademais, ao Tema 1.082 do C. STJ. Sentença mantida. Honorários majorados (art. 85, §11, CPC). APELO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1110104-96.2024.8.26.0100; Relator (a): Donegá Morandini; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 38ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/03/2025; Data de Registro: 14/03/2025).

Diante desse quadro, é absolutamente despicienda a produção de prova pericial, como requereu a apelante. O julgador, destinatário final da prova, não está obrigado a deferir toda e qualquer diligência ou meio de prova requerido pelos litigantes, mas apenas aqueles que considerar úteis e necessários ao julgamento do feito.

Correto o julgamento no estado quando presentes nos autos elementos suficientes de convicção, aptos a permitir a segura solução de mérito da demanda.

Não há se cogitar, pois, de cerceamento de defesa.

Em suma, não encontro razões para reformar a sentença.

Ante o exposto, nego provimento ao recurso e, por força do disposto no art. 85, § 11º, do CPC, elevo os honorários devidos pela ré para 15% do valor da causa.

É como voto.

Augusto Rezende

Relator