



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000409243

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1017327-98.2024.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS S.A., é apelado EDA DEL VALHE.

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), MAURICIO VELHO E VITOR FREDERICO KÜMPFEL.

São Paulo, 28 de abril de 2025.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

4ª Câmara de Direito Privado

Apelação Cível nº 1017327-98.2024.8.26.0001

Apelantes: Amil Assistência Médica Internacional S/A e Qualicorp Consultoria e Corretora de Seguros S.a.

Apelado: Eda Del Valhe

Comarca: São Paulo

Juiz prolator: Carlos Alexandre Böttcher

Natureza da Ação: Tratamento Médico-hospitalar

Voto nº 8368

EMENTA: Direito Civil. Apelação. Plano de Saúde. Recursos desprovidos.

I. Caso em Exame

Recursos de apelação interpostos por AMIL Assistência Médica Internacional Ltda. e Qualicorp Administradora de Benefícios S.A. contra sentença que julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais. As rés foram condenadas a manter a autora como beneficiária do plano de saúde, sob pena de multa diária, com a autora arcando com o valor integral da mensalidade.

II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste na possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo por adesão, tendo como beneficiária pessoa idosa em tratamento de saúde.

III. Razões de Decidir 3. Rejeição da preliminar de ilegitimidade passiva da Qualicorp, que integra a cadeia de fornecimento de serviços do plano de saúde, sendo parte legítima para figurar no polo passivo da demanda. 4. A jurisprudência limita a prerrogativa de rescisão unilateral em situações específicas, especialmente quando representa risco à vida ou saúde do beneficiário. A beneficiária, idosa de 85 anos, está em tratamento contínuo de múltiplas enfermidades, o que justifica a continuidade do plano.

IV. Dispositivo e Tese 5. Recursos desprovidos. Tese de julgamento: 1. A operadora deve 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.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor, arts. 7º, parágrafo único, e 25, § 1º; Lei nº 9.656/98, art. 13, parágrafo único, II; Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS, art. 23.

Jurisprudência Citada:

TJSP, Agravo de Instrumento 2153645-74.2024.8.26.0000, Rel. Mônica Rodrigues Dias de Carvalho, 8ª Câmara de



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Direito Privado, j. 21/01/2014.
TJSP, Apelação Cível 1012766-44.2023.8.26.0590, Rel.
Emerson Sumariva Júnior, 5ª Câmara de Direito Privado, j.
22/08/2024.
STJ, REsp 1.842.751/RS, Rel. Min. Nancy Andrighi.

RELATÓRIO

Trata-se de recursos de apelação interpostos por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL LTDA. e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. contra a r. sentença de fls. 1984/1992, proferida pelo MM. Juiz de Direito da 3ª Vara Cível do Foro Regional de Santana, que julgou parcialmente procedente a ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais, condenando as rés, solidariamente, "em obrigação de fazer para manutenção da autora como beneficiária do plano de saúde nº 073109628, denominado LINCX LT3 PJCA (fls. 23), sob pena de multa diária no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), cabendo à autora arcar com o valor integral da mensalidade equivalente a R\$ 10.884,61 (dez mil oitocentos e oitenta e quatro reais e sessenta e um centavos) em maio de 2024 (fls. 29), sem prejuízo dos reajustes anuais", tornando definitiva a tutela antecipada deferida.

Em suas razões recursais (fls. 2015/2026), a apelante AMIL sustenta, em síntese, que: a) o cancelamento realizado respeitou as normas contratuais; b) o contrato coletivo por adesão pode ser cancelado unilateralmente pela operadora, conforme expressamente previsto na regulação e no contrato; c) foi cumprido o requisito de aviso prévio de 60 dias; d) o cancelamento foi legal e a jurisprudência do STJ reconhece a possibilidade de rescisão unilateral de contratos coletivos; e) a continuidade do plano apenas para a apelada implica risco de sanções regulatórias, pois a operadora estaria exercendo atividade sem registro na ANS; f) é

impossível a reativação do beneficiário isoladamente, sem vínculo com administradora.

Por sua vez, a apelante QUALICORP alega, em suas razões recursais (fls. 2003/2011), que: a) é parte ilegítima para figurar no polo passivo da demanda, pois atua apenas como administradora de benefícios; b) não possui ingerência sobre a atividade da operadora; c) o encerramento do contrato foi decisão unilateral da AMIL; d) não possui competência para reativar o contrato, pois não opera plano de saúde; e) a rescisão unilateral do contrato coletivo é lícita e prevista contratualmente; f) a cláusula de rescisão unilateral é válida e não se aplica ao caso o artigo 13 da Lei 9.656/98, que se refere apenas a planos individuais.

A apelada apresentou contrarrazões (fls. 2033/2040 e 2042/2049), pugnando pela manutenção da sentença. Sustenta que o cancelamento do plano ocorreu durante tratamento de múltiplas enfermidades graves, conforme comprovado por relatórios médicos, e que a continuidade do tratamento é essencial para sua saúde.

É o relatório.

VOTO

Os recursos não comportam provimento.

I - Da preliminar de ilegitimidade passiva

De início, rejeita-se a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pela corrê QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.

Como bem destacado pelo juízo de origem, a administradora de benefícios integra a cadeia de fornecimento de serviços do plano de saúde, sendo parte legítima para figurar no polo passivo da demanda.

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

A QUALICORP, na condição de administradora de benefícios, nos termos definidos pela Resolução Normativa nº 515/2022 da ANS, atua como intermediária na relação entre a operadora de plano de saúde e o consumidor, auferindo vantagens econômicas através desta relação. Portanto, é solidariamente responsável pela prestação do serviço, nos termos dos artigos 7º, parágrafo único, e 25, § 1º, do Código de Defesa do Consumidor.

Não se pode admitir que a administradora de benefícios obtenha os bônus da relação contratual, mas se exima dos ônus quando ocorrem falhas na prestação do serviço. A própria documentação juntada aos autos demonstra que a QUALICORP foi a responsável pelo envio da notificação de cancelamento à beneficiária (fls. 2/3), o que evidencia seu papel ativo na gestão do contrato.

Ambas respondem.

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Ação de obrigação de fazer – Tratamento do transtorno do espectro do autismo (TEA) – Tutela antecipada concedida para prestação das terapias indicadas pelo médico - Alegação da Qualicorp de que não tem ingerência sobre o cumprimento da obrigação – Responsabilidade solidária da administradora e da operadora de saúde – Legitimidade de parte passiva – Decisão mantida - Agravo não provido.
(TJSP; Agravo de Instrumento 2153645-74.2024.8.26.0000; Relator (a): Mônica Rodrigues Dias de Carvalho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de Cabreúva - Vara Única; Data do Julgamento: 21/01/2014; Data de Registro: 06/09/2024)

Apelação. Ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais. Plano de saúde coletivo. Pretensão de afastamento de rescisão unilateral do contrato pela operadora do plano e condenação das rés por danos morais. Sentença de procedência. Recurso da requerida Unimed Rio. Preliminar de ilegitimidade passiva afastada. Operadora de saúde e a administradora de benefícios que atuam conjuntamente no mercado de consumo, de modo que devem responder solidariamente pelo contrato. Inteligência dos artigos 7º, parágrafo único, 14 e 18 do Código de

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Defesa do Consumidor. Contrato que deve ser mantido. Acervo documental que comprova que beneficiária do plano de saúde coletivo por adesão celebrado entre as partes, está em tratamento de transtorno de espectro autista. Dever de 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. Aplicação analógica do art. 13, III, da Lei 9656/98. Inteligência do C. Superior Tribunal de Justiça, ao ora Tema 1082, julgado em sistema de recurso repetitivo. Sentença reformada para afastar a condenação por danos morais. Controvérsia contratual que, por si só, não gera abalo à dignidade humana e afasta a indenização pretendida. Recurso provido em parte.

(TJSP; Apelação Cível 1012766-44.2023.8.26.0590; Relator (a): Emerson Sumariva Júnior; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Vicente - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 22/08/2024; Data de Registro: 22/08/2024)

Neste mesmo sentido foi o entendimento da 3ª Turma do Superior Tribunal de Justiça, no julgamento de caso análogo, onde se aplicou a Teoria das Redes Contratuais para estabelecer que "tanto a operadora quanto a administradora, por estarem inseridas na mesma cadeia de fornecimento, respondem solidariamente pelos eventuais danos" decorrentes do cancelamento unilateral do plano de saúde, especialmente quando o beneficiário se encontra em tratamento médico (REsp 1.842.751/RS, Rel. Min. Nancy Andrighi).

Em julgamento recente, esta Corte de Justiça também adotou idêntico posicionamento: "Plano de saúde. Resilição unilateral de contrato coletivo por adesão. Ilegitimidade passiva da corré Qualicorp não configurada. Autor, diagnosticado com câncer de próstata, que se encontra sob tratamento. Sentença que determinou a manutenção, nas mesmas condições de cobertura anteriormente contratadas. Impossibilidade de que se interrompa o tratamento. Tema 1.082 do STJ. Sentença mantida. Recursos desprovidos." (TJSP; Apelação Cível 1099241-81.2024.8.26.0100; Relator (a): Claudio Godoy; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado;



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Foro Central Cível - 41ª Vara Cível; Data do Julgamento: 22/04/2025; Data de Registro: 23/04/2025).

Neste sentido, a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça estabelece que "aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão", o que não é o caso dos autos.

Portanto, afasta-se a preliminar de ilegitimidade passiva.

II - Do mérito

No mérito, a controvérsia principal reside na possibilidade de rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo por adesão que tem como beneficiária pessoa idosa em tratamento de saúde.

As apelantes sustentam a validade do cancelamento com base na previsão contratual de rescisão unilateral e nas normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que permitem a rescisão de contratos coletivos após 12 meses de vigência, mediante aviso prévio de 60 dias.

De fato, a legislação e a regulamentação vigentes estabelecem diferenciação entre os contratos individuais e coletivos. Enquanto o artigo 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98 veda expressamente a suspensão ou rescisão unilateral dos contratos individuais, exceto por fraude ou inadimplemento, tal proteção não foi expressamente estendida aos contratos coletivos.

Nesse sentido, o artigo 23 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS dispõe que "as condições de rescisão do contrato ou de suspensão de cobertura, nos planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial, devem também constar do contrato



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

celebrado entre as partes".

Contudo, a jurisprudência tem evoluído no sentido de limitar essa prerrogativa das operadoras e administradoras em situações específicas, notadamente quando a rescisão unilateral possa representar risco à vida ou à saúde do beneficiário.

No caso em análise, está amplamente demonstrado nos autos que a beneficiária, idosa de 85 anos, encontra-se em tratamento contínuo de múltiplas enfermidades, conforme atestam os relatórios médicos juntados às fls. 30/35.

O relatório da Dra. Danielli Haddad (fls. 30/31) evidencia que a paciente apresenta "várias comorbidades, na vigência de agravamento de quadro por miocardite e arritmia com necessidade de programação para reversão (cardioversor) em hospital, apresentando sinais e sintomas de insuficiência cardíaca descompensada com fração de ejeção normal com risco de edema agudo de pulmão e morte súbita caso não seja tratada adequadamente". Conclui categoricamente que "não há condições de interrupção do tratamento em curso, pelo quadro acima já exposto".

No mesmo sentido, o relatório do Dr. Roberto Rached (fls. 34/35) atesta que a beneficiária encontra-se em "processo contínuo de terapias de manutenção, controle de dor e acompanhamento médico de alta complexidade não podendo perder seguimento médico uma vez que se houver interrupção do tratamento, haverá recrudescência da dor com piora da marcha, aumento no imobilismo com risco de queda em aumento exponencial". Acrescenta ainda que "nesta idade, queda representa risco aumentado para fratura de fêmur e internação com enormes chances de desenvolvimento de embolismo pulmonar e pneumonia cursando com óbito".



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Também o relatório do Dr. André de Macedo Bianco (fls. 32/33) confirma que a paciente "persiste com lombalgia crônica, necessitando de acompanhamento regular e fisioterapia".

Diante desse quadro clínico, aplica-se ao caso a tese fixada pelo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema Repetitivo 1082, em que se decidiu que "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" (REsp 1.842.751/RS).

A situação da beneficiária enquadra-se perfeitamente na hipótese prevista pelo STJ, pois está em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência e incolumidade física, conforme evidenciado pela documentação médica juntada aos autos.

Além disso, não se pode desconsiderar que se trata de consumidora em condição duplamente vulnerável, por ser idosa (85 anos) e por estar com a saúde debilitada, o que atrai a aplicação do princípio da proteção ao consumidor (art. 4º, I, do CDC) e do princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF), bem como do direito à saúde, constitucionalmente garantido (art. 196 da CF).

A interrupção abrupta do tratamento representaria não apenas um desrespeito à boa-fé objetiva e à função social do contrato, princípios basilares do direito contratual contemporâneo (arts. 421 e 422 do CC), mas também um risco concreto à vida e à saúde da beneficiária.

A operadora de plano de saúde, apesar de poder promover a rescisão unilateral do plano de saúde coletivo, não poderá deixar ao

desamparo os usuários que se encontram sob tratamento médico. Interpretação sistemática e teleológica dos arts. 8º, § 3º, "b", e 35-C da Lei nº 9.656/1998 e 18 da RN nº 428/2017 da ANS, conjugada com os princípios da boa-fé, da função social do contrato, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana (AgInt no AREsp n. 1.849.475/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 13.12.2021, DJe de 16.12.2021)

Quanto ao argumento da AMIL de que a manutenção da beneficiária poderia gerar sanções regulatórias, não merece prosperar. A operadora tem o dever de continuar prestando a assistência médica em caráter excepcional, justamente por força da situação peculiar da beneficiária e em observância ao precedente vinculante do STJ. Tal situação se enquadra nas exceções reconhecidas pela própria ANS para a continuidade da cobertura em casos específicos.

Em situações análogas, este Tribunal tem se posicionado pela manutenção do vínculo contratual. A título exemplificativo, veja-se o julgado citado na sentença:

Apelação – Ação cominatória - Plano de saúde – Sentença de procedência para condenar a ré a manter a autora como beneficiária do plano, nos mesmos moldes com prêmio equivalente ao último valor cobrado e condenação da ré por danos morais. – Exclusão fundamentada no encerramento do prazo de manutenção do pai nos termo do art. 30 da Lei 9656/98 – Cuidando-se de plano de saúde coletivo empresarial a Operadora, em princípio, não pode ser obrigada a manter no plano a beneficiária dependente sem vínculo com a empresa, após o encerramento do prazo de prorrogação do contrato do titular - Situação peculiar na qual a autora em tratamento - Manutenção da beneficiária até a alta médica que é de rigor – Plano de saúde que não pode ser cancelado durante o tratamento – Precedentes do Tribunal e STJ... (TJSP, Apelação Cível 1009792-15.2024.8.26.0100 - Relator Des. Silvério da Silva j. 22/11/2024).

Para finalizar:

RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CANCELAMENTO UNILATERAL. BENEFICIÁRIO SUBMETIDO A TRATAMENTO MÉDICO DE DOENÇA GRAVE.

1. Tese jurídica firmada para fins do artigo 1.036 do CPC: "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 (mensalidade) devida."

2. Conquanto seja incontroverso que a aplicação do parágrafo único do artigo 13 da Lei 9.656/1998 restringe-se aos seguros e planos de saúde individuais ou familiares, sobressai o entendimento de que a impossibilidade de rescisão contratual durante a internação do usuário - ou a sua submissão a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou da manutenção de sua incolumidade física - também alcança os pactos coletivos.

3. Isso porque, em havendo usuário internado ou em pleno tratamento de saúde, a operadora, mesmo após exercido o direito à rescisão unilateral do plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais até a efetiva alta médica, por força da interpretação sistemática e teleológica dos artigos 8º, § 3º, alínea "b", e 35-C, incisos I e II, da Lei n. 9.656/1998, bem como do artigo 16 da Resolução Normativa DC/ANS n. 465/2021, que reproduz, com pequenas alterações, o teor do artigo 18 contido nas Resoluções Normativas DC/ANS n. 428/2017, 387/2015 e 338/2013.

4. A aludida exegese também encontra amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, o que permite concluir que, ainda quando haja motivação idônea, a suspensão da cobertura ou a rescisão unilateral do plano de saúde não pode resultar em risco à preservação da saúde e da vida do usuário que se encontre em situação de extrema vulnerabilidade.

5. Caso concreto: (i) o pai do menor aderiu, em 7.2.2014, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual a sua empregadora era estipulante; (ii) no referido pacto, havia cláusula expressa prevendo que, após o período de 12 meses de vigência, a avença poderia ser rescindida imotivadamente por qualquer uma das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 dias de antecedência; (iii) diante da aludida disposição contratual, a operadora enviou carta de rescisão ao estipulante, indicando o cancelamento da apólice em 16.12.2016; (iv) desde

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

10.11.2016, foi constatado que o menor - à época, recém-nascido - é portador de cardiopatia congênita, além de sequelas provenientes de infecção urinária causada por superbactéria, o que reclama o acompanhamento contínuo de cardiologista e de nefrologista a fim de garantir a sua sobrevivência; (v) em razão do cancelamento unilateral da apólice coletiva, o menor e o seu genitor - dependente e titular - ajuizaram a presente demanda, em 15.12.2016, postulando a manutenção do seguro-saúde enquanto perdurar a necessidade do referido acompanhamento médico e respectivo tratamento de saúde; (vi) em 15.12.2016, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pela magistrada de piso determinando que a ré custeasse o tratamento médico e hospitalar do menor (fls. 26-27), o que ensejou a reativação do plano de saúde em 19.12.2016; e (vii) a sentença - mantida pelo Tribunal de origem - condenou a ré a revogar o cancelamento da apólice objeto da lide, restabelecendo, assim, o seguro-saúde e as obrigações pactuadas.

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual para se determinar que, observada a manutenção da cobertura financeira dos tratamentos médicos do usuário dependente que se encontrem em curso, seja o coautor (usuário titular) devidamente cientificado, após a alta médica, da extinção do vínculo contratual, contando-se, a partir de então, o prazo normativo para o exercício do direito de requerer a portabilidade de carência, nos termos da norma regulamentadora, salvo se optar por aderir a novo plano coletivo eventualmente firmado pelo seu atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022.)

Portanto, a rescisão unilateral do contrato, mesmo respeitados os requisitos formais previstos na regulamentação, não pode prevalecer diante da situação peculiar da beneficiária, devendo ser assegurada a continuidade da cobertura assistencial mediante o pagamento da contraprestação, conforme estabelecido na sentença.

III - Dispositivo

Ante o exposto, voto pelo NÃO PROVIMENTO dos recursos, mantendo a r. sentença também por seus próprios fundamentos.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Em virtude da sucumbência recursal, proponho a majoração dos honorários advocatícios devidos pelas apelantes para 15% (quinze por cento), mantida a base de cálculo, nos termos do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA
Relator