



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000413634

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1080126-74.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, são apelados FABIANA RODRIGUES BATISTA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e MIGUEL RODRIGUES BATISTA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Deram provimento em parte aos recursos. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores LIA PORTO (Presidente) E ADEMIR MODESTO DE SOUZA.

São Paulo, 29 de abril de 2025.

FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI

RELATOR

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº **1080126-74.2024.8.26.0100**

Relator: **FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI**

Órgão Julgador: **7ª Câmara de Direito Privado**

Comarca: **São Paulo / 37ª Vara Cível do Foro Central Cível**

Juiz(a): **Camila Franco De Moraes Bariani**

Apelante(s): **Amil Assistência Médica Internacional S/A e outro**

Apelado(s): **Fabiana Rodrigues Batista e outro**

Voto nº 9764

APELAÇÃO CÍVEL – Plano de Saúde – Obrigação de fazer – Rescisão contratual de plano coletivo por adesão – Beneficiário em tratamento para Transtorno do Espectro Autista – Pretensão à continuidade do contrato até alta médica – Procedência do pedido – Sentença que determinou às operadoras se absterem de cancelar o plano de saúde do autor e mantê-lo nas mesmas condições anteriormente ajustadas, sem novos prazos de carência, mediante o pagamento integral da mensalidade devida – Irresignação das corrés – Preliminar de ilegitimidade da administradora de benefícios – Não acolhimento – Solidariedade passiva entre os fornecedores – Art. 7º, § único, do CDC – Precedentes – Mérito – Acolhimento parcial – Obrigação de manutenção do contrato, mediante contraprestação, somente até alta médica, momento em que se opera a rescisão contratual, iniciando-se o prazo para a portabilidade – Aplicabilidade do Tema 1.082 do C. STJ nos casos envolvendo beneficiários diagnosticados com TEA – Precedentes – Sentença reformada apenas para determinar a manutenção do contrato até alta médica, em conformidade com o pedido do autor – **RECURSOS PARCIALMENTE PROVIDOS.**

Vistos.

1. Trata-se de apelação interposta contra r. sentença (**p. 302/306**), cujo relatório se adota, que julgou procedente pedido formulado por **MIGUEL RODRIGUES BATISTA**, menor representado por sua genitora, em ação de obrigação de fazer, ajuizada contra **AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A** e **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A**.

Apela a **administradora de benefícios** corré alegando nas suas razões (**p. 309/321**), em resumo que: **a)** a ora apelante é parte ilegítima para figurar no polo passivo da presente demanda porque o cancelamento do plano decorre de decisão exclusiva da operadora, sem qualquer participação da ora apelante; **b)** não há como imputar à ora apelante qualquer obrigação de fazer em relação à reativação do contrato, pagamento de prestadores e garantia de tratamentos, visto que são atividades realizadas pelas operadoras de saúde; **c)** o contrato foi rescindido em conformidade com suas cláusulas contratuais, a legislação de regência dos planos de saúde e as normas de regulação setorial; **d)** tratando-se de plano coletivo por adesão, não se aplica na espécie o disposto no art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei n.º 9.656/98; **e)** ainda que a ora apelante não tenha qualquer relação com a rescisão por iniciativa da operadora, no ato da comunicação acerca do cancelamento informou aos beneficiários acerca do direito ao exercício da portabilidade de carências, conforme preconiza o artigo 8º da RN ANS 438/2018; **f)** de acordo com o estabelecido no Tema 1.082 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, a responsabilidade para manutenção do contrato, enquanto perdurar a internação ou tratamento essencial para garantia da vida, é da operadora e não da ora apelante; **g)** não pode a administradora de benefícios ora apelante ser responsabilizada por ato exclusivo de terceiros.

Apela a **operadora** corré alegando nas suas razões (p. 324/347), em resumo que: **a)** o cancelamento do contrato é lícito e respeitou cláusulas contratuais, assim como as disposições regulatórias; **b)** o artigo 13, II, b, parágrafo único, da Lei nº 9.656/98 é inaplicável aos contratos coletivos; **c)** o tratamento realizado pela parte apelada não é garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física; **d)** o aviso prévio de 60 sessenta dias foi devidamente cumprido pela ora apelante sendo encaminhado à administradora de benefícios; **e)** cabia à própria administradora de benefícios indicar a mudança de plano para a parte recorrida, uma vez que o beneficiário não tem vínculo direito com a operadora; **f)** é obrigação da administradora ofertar novo plano aos beneficiários, dentre os diversos comercializados, conforme previsto nos artigos 2º, I, II e III, 5º, parágrafo único, e 7º, I e II, da Resolução Normativa nº 515/22 da ANS; **g)** não há possibilidade de restabelecer o contrato com o ora apelado e mantê-lo sozinho em uma apólice sem qualquer vínculo com administradora de benefícios, sob pena de a ora apelante sofrer sanções regulatórias; **h)** não pode a ora apelante ser responsabilizada por danos morais apenas por exercer regularmente o direito previsto em cláusula contratual rescisória; **i)** não há demonstração da ocorrência de danos à personalidade a ensejar compensação; **j)** na eventualidade, o valor dos danos deve ser reduzido, com base na proporcionalidade e razoabilidade, para evitar enriquecimento sem causa.

Recursos tempestivos, com preparo (p. 322/323 e p. 671/672) e respondidos (p. 683/690).

Parecer da Douta Procuradoria Geral de Justiça pelo desprovimento dos recursos (p. 705/714).

Não há oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

2. O dispositivo da r. sentença assim consignou:

Diante do exposto, e do mais que dos autos consta, JULGO PROCEDENTE O PEDIDO, nos termos do art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para o fim de condenar as rés nas obrigações de a) absterem-se de cancelar o plano de saúde do autor e b) manterem o plano de saúde do autor nas mesmas condições anteriormente ajustadas e sem novos prazos de carência, com liberação do atendimento na rede credenciada, mediante o pagamento integral da mensalidade devida, sob pena de pagamento de multa diária no valor fixado pela decisão de fls. 30/33.

Torno definitiva a tutela de urgência concedida.

Condeno a ré ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios que com fulcro no artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil, fixo em 10% (dez por cento) sobre o valor da causa, atualizado pela Tabela Prática do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, desde a data do ajuizamento da ação, e com incidência de juros de mora, de 1% ao mês, após o término do prazo estabelecido pelo art. 523 do CPC. (p. 304).

Colhe-se dos autos que o autor, beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão fornecido pela operadora e estipulado pela administradora ora apelantes (p. 18), achando-se em pleno tratamento para Transtorno do Espectro Autista (p. 21/28), recebeu por meio de mensagem eletrônica datada de 30 de abril de 2024, a comunicação do cancelamento do contrato a partir de 01 de junho de 2024 (p. 16/18).

Ajuizou a presente demanda com vistas a condenar as rés na obrigação de “*manter o Requerente no plano de saúde ao qual faz parte ou em plano individual com cobertura correspondente, garantindo assim a cobertura integral do tratamento até a devida alta*” (p. 18).

Pois bem.

Com relação ao pedido de reforma da r. sentença formulado pela operadora apelante em relação ao pagamento de indenização por danos morais observa-se que não houve condenação das rés ao pagamento dessas verbas indenizatórias, de modo que tal pedido não será apreciado.

2.1 Preliminarmente, a alegada ilegitimidade da corré administradora de benefícios, não merece acolhimento.

Isto porque as corrés, operadora e administradora de benefícios, integram a mesma cadeia de fornecedores e possuem entre si parceria empresarial, o que resulta na indiscutível solidariedade entre ambas em relação à prestação dos serviços de assistência à saúde contratados.

É o que resulta do artigo 7º, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor. Nesse sentido, cite-se, por todos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – Obrigação de fazer – Plano de saúde – **Decisão que determinou a emenda da inicial para retirada, do polo passivo, da administradora de benefícios – Recurso do autor – Alegação de que a administradora possui legitimidade passiva – Cabimento – Administradora agravada que celebrou o contrato conjuntamente com a operadora de plano de saúde, atuando ambas no oferecimento e prestação de serviços de assistência à saúde – Responsabilidade solidária nos termos do art. 7º, do CDC – Precedente desta Câmara – Decisão reformada – AGRAVO PROVIDO (TJSP; Agravo de Instrumento 2129600-50.2017.8.26.0000; Relator (a): Miguel Brandi; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 21ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/02/2018; Data de Registro: 14/02/2018).**

No caso dos autos, a rede de contratos coligados envolvia o consumidor aderente, a operadora do plano, e a administradora estipulante do plano, sendo esta inclusive quem notificou a consumidor a respeito da resilição por parte da operadora (p. 28).

Por tais razões, a administradora de benefícios deve ser mantida no polo passivo da presente demanda e, portanto, rejeitada a preliminar de ilegitimidade suscitada pela corré.

2.2 No mérito, os recursos, ao nosso ver, comportam provimento parcial apenas e tão somente para constar no dispositivo da r. sentença que o plano de saúde, com a correspondente cobertura assistencial, deve ser mantido até alta médica, momento a partir do qual produzirá efeito o cancelamento do contrato em relação ao menor apelado e passará a fluir o prazo para a portabilidade de carência.

Com efeito.

No que tange à manutenção do plano de saúde até alta médica, pensamos que o pedido formulado pelo autor (**p. 18**) é procedente e se encontra devidamente respaldado por entendimento firmado pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça no julgamento do Tema Repetitivo 1082:

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.

A operadora de saúde e a administradora contratante do plano têm, portanto, o dever de garantir a continuidade dos tratamentos realizados pelo beneficiário afetado pela rescisão contratual, até a efetiva alta médica.

O entendimento acima também se aplica aos beneficiários de planos coletivos por adesão diagnosticados com

Transtorno do Espectro Autista em pleno tratamento multiprofissional, como é o caso dos autos. Nesse sentido, calha transcrever, por todos:

DIREITO CIVIL/ CONSUMIDOR/ PLANO DE SAÚDE - I - Caso em exame: ação cominatória voltada à manutenção do contrato, rescindido unilateralmente pela operadora de plano de saúde. II - Questão em discussão: cancelamento de planos coletivos por adesão que, em princípio, é válido, contudo, deve ser afastado nos casos de pendência de tratamento médico, a exemplo do caso em apreço. **III - Razões de decidir: beneficiário, menor impúbere, que se encontra sob tratamento terapêutico multidisciplinar em razão do diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA). Necessidade de terapias contínuas. Incidência do Tema 1082 do STJ.** IV - Dispositivo: RECURSO IMPROVIDO (TJSP; Apelação Cível 1042304-88.2023.8.26.0002; Relator (a): Wilson Lisboa Ribeiro; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/11/2024; Data de Registro: 11/11/2024).

A par do entendimento firmado por este Egrégio Sodalício, a **decisão monocrática do Colendo Superior Tribunal de Justiça, proferida no AREsp nº 2400005 - SP, sob relatoria da Eminente Ministra Nancy Andrighi reconhece a aplicabilidade do**

entendimento do Tema 1.082 nos casos em que o contrato coletivo é rescindido unilateralmente pela operadora, havendo beneficiário em pleno tratamento multiprofissional para o Transtorno do Espectro Autista.

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO CONSTÂNCIA DE TRATAMENTO DE SAÚDE. RESCISÃO UNILATERAL INDEVIDA. SÚMULA 568/STJ.

1. Ação de obrigação de fazer.
2. **É inviável a rescisão unilateral de contrato de plano de saúde individual ou coletivo, pela operadora, durante o período em que o beneficiário estiver submetido a tratamento médico garantidor de sua sobrevivência e/ou incolumidade física. Precedentes.**
3. Agravo conhecido. Recurso especial conhecido e desprovido (AREsp nº 2400005 - SP, Rel.(a) Ministra NANCY ANDRIGHI, Data da Publicação 08/11/2023).

No caso acima citado tratava-se de beneficiário dependente diagnosticado com Transtorno do Espectro Autista em tratamento, no entanto, o plano coletivo empresarial fora cancelado em razão da demissão do titular, sendo certo que a fundamentação do julgado invoca o Tema 1082 para, conhecendo do Agravo, negar provimento ao Recurso Especial da operadora e com isso, permitir que o menor em tratamento continuasse a receber assistência do

plano de saúde, mesmo após a demissão do seu genitor que era o titular do plano empresarial não contributário¹.

Tal entendimento não é sem razão à luz do princípio da boa-fé objetiva nos contratos de plano de saúde que impõe deveres de cooperação visando à manutenção da avença, assim como em razão da função social desse contrato, cujo objeto é a prestação de serviços de relevância pública e mais ainda, diante da essencialidade do bem jurídico que visa preservar, o que impõe limitações ao exercício da autonomia da vontade da operadora para garantia do direito fundamental à saúde dos seus clientes cativos e vulneráveis.

Registra-se que a decisão monocrática acima mencionada foi mantida em sede de agravo interno pela unanimidade dos Eminentes Ministros da Terceira Turma do Colendo Superior Tribunal de Justiça (AgInt no AREsp n. 2.400.005/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 4/3/2024, DJe de 6/3/2024)².

Entretanto, respeitado o entendimento da d. magistrada sentenciante acerca da nulidade da cláusula contratual que estabelece a possibilidade de rescisão unilateral imotivada, é preciso considerar que a manutenção da assistência mediante contraprestação é devida somente até que sobrevenha alta médica do tratamento em curso e que após a alta médica, ou seja, quando não mais perdurar a necessidade de tratamento, haverá a extinção contratual, momento em que terá início o prazo para requerer a portabilidade de carência.

1

https://processo.stj.jus.br/processo/dj/documento/mediado/?tipo_documento=documento&componente=MON&sequencial=216554640&num_registro=202302216665&data=20231108.

2

https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202302216665&dt_publicacao=06/03/2024.

Portanto, nesse ponto merece reforma a r. sentença apenas para constar no dispositivo que o plano de saúde deve ser mantido pelas rés **até alta médica do autor, momento a partir do qual produzirá efeito o cancelamento do contrato em relação ao menor apelado e passará a fluir o prazo para a portabilidade de carência.**

Observa-se que, não obstante a reforma da r. sentença, o pedido da autora ainda deve ser julgado procedente, posto que foi limitado à manutenção do contrato até alta médica, nos mesmos termos aqui deferidos.

Diante das razões acima expostas, ao nosso ver, os recursos comportam parcial provimento, apenas para determinar a manutenção do contrato até alta médica do autor, passando a fluir desse momento o prazo para portabilidade de carência, devendo ser mantida no mais a r. sentença, nos termos da fundamentação.

Os demais argumentos trazidos pelas apelantes são incapazes, sequer em tese, de infirmar a conclusão adotada com fundamento nas razões acima expostas (art. 489, §1º, IV, CPC).

Considerando o parcial provimento dos recursos não é caso de majoração da honorária, conforme tese firmada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça no Tema 1.059, assentando que “a majoração dos honorários de sucumbência prevista no art. 85, § 11, do CPC pressupõe que o recurso tenha sido integralmente desprovido ou não conhecido pelo tribunal, monocraticamente ou pelo órgão colegiado competente”.

Também não se vislumbra a necessidade de revisão dos ônus sucumbenciais que devem recair integralmente sobre as corrés,

uma vez que o pedido do autor foi julgado procedente.

Considera-se prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205 / SP, Ministro FÉLIX FISCHER, DJ 08.05.2006 p. 240), aliado ao que dispõe o artigo 1.025 do Código de Processo Civil.

3. Ante o exposto e por tudo mais que dos autos consta, pelo meu voto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO** aos recursos das rés **para determinar que o plano de saúde do autor deverá ser mantido pelas rés somente até a alta médica, passando a fluir desse momento o prazo para portabilidade de carência**, mantida no mais a sentença, nos termos da fundamentação.

FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI
RELATOR