



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000418097

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1003287-87.2024.8.26.0106, da Comarca de Caieiras, em que são apelantes AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, são apelados ANA PAULA PEREIRA CAETANO DA SILVA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e JOÃO VICTOR FERNANDES CAETANO (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: **Negaram provimento 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 sem voto), PASTORELO KFOURI E FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

MIGUEL BRANDI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO N° : 2025/50928
APEL.N° : 1003287-87.2024.8.26.0106
COMARCA : CAIEIRAS
APTES : AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A E
QUALICORP ADMINSTRADOA DE BENEFÍCIOS S/A
APDO : J.V.F.C. REPRESENTADO POR A.P.P.C. DA S.
JUIZ (A) : NATALIA DOMINGUES TAKAKI

APELAÇÃO – Obrigação de fazer – Plano coletivo de assistência à saúde – Rescisão unilateral pela operadora – Autor, curatelado (28 anos), diagnosticada com TEA e outras comorbidades, em tratamento médico – Ação julgada procedente para reconhecer a obrigação de manutenção do plano – Apelo das rés – Descabimento – Relação de consumo caracterizado – Corrê, administradora de benefícios, que integra a cadeia de fornecimento – Inteligência do art. 7º, parágrafo único, do CDC – Legitimidade passiva configurada – Mérito - Rescisão unilateral considerada abusiva quando o beneficiário necessita de cobertura médica contínua, conforme entendimento do STJ - Plano de assistência à saúde que deve ser mantido até efetiva alta – Aplicação da tese fixada no Tema Repetitivo 1082 do STJ – Responsabilidade de ambas, administradora de benefícios e operadora, em manter o plano nas mesmas condições anteriormente contratadas - Sentença mantida – RECURSOS DESPROVIDOS.

Trata-se de apelações interpostas contra a sentença de fls. 255/259, integrada pela decisão de fls. 295, pela qual restou julgada procedente a ação de obrigação de fazer ajuizada pelo apelado em face das apelantes, nos seguintes termos (dispositivo):

“Ante o exposto, ratificando a tutela antecipada de urgência, JULGO PROCEDENTE a presente ação, com fundamento no artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil, para determinar que as requeridas, solidariamente, mantenham o requerente no plano de saúde nas mesmas condições anteriormente contratadas, devendo ser garantida a continuidade dos tratamentos médicos prescritos, nos moldes definidos nos autos do processo n° 1036945-05.2019.8.26.0001.”

“Recebo os embargos de declaração opostos (fls. 267/270 e 271/276).

No mérito, os embargos merecem acolhida apenas em relação aos honorários advocatícios, os quais devem incidir sobre o valor da causa e não da condenação como constou da sentença.

Quanto ao pedido de fixação de multa por eventual descumprimento da obrigação de fazer, anoto que já houve fixação na decisão de fls. 217, a qual foi ratificada em sentença.

Assim, em cumprimento de sentença, cabe à autora demonstrar o descumprimento da obrigação para fins de aplicação da multa já fixada, oportunidade em que poderá ser fixada nova

multa caso se mostre necessário.

No mais, a irresignação da ré é matéria de mérito que deve ser rediscutido em recurso próprio.

Posto isso, acolho em parte os embargos de declaração opostos pelas partes para fixar os honorários advocatícios devidos pela ré em 10% sobre o valor atualizado da causa.”

Inconformada, apela a administradora Qualicorp (fls. 277/292). Alega que a ilegitimidade passiva foi equivocadamente afastada, *“pois não coube a ela alternativa se não a notificação dos beneficiários quanto ao cancelamento do plano decidido e procedido pela Amil”* (fls. 280).

No mérito, alega que *“em que pese a cumprimento da QUALICORP em comunicar os beneficiários oferecendo a esses a possibilidade de portabilidade de suas carências para plano diverso, a depender do preenchimento dos requisitos necessários, entendeu o D. Juízo pela responsabilização da administradora.”* (fls. 286).

Aduz que a responsabilidade pela manutenção do plano, nos termos do Tema 1082, é da operadora e não da administradora do benefício.

Pede o provimento do recurso para que, reformada a

sentença, seja a ação julgada improcedente.

A operadora Amil busca a reforma da sentença (fls. 298/309), alegando, em síntese, a licitude do cancelamento do plano de assistência à saúde, de acordo com as normas contratuais e regulatórias.

Aduz que a responsabilidade pela oferta de planos de assistência à saúde é da Administradora de Benefícios, conforme RN nº 515/2022, que foi devidamente notificada e alertada acerca da necessidade da comunicação aos beneficiários, bem como sobre a migração, oferta, ou transferência dos usuários para eventual novo contrato, com outra operadora.

Salienta a impossibilidade da reativação do beneficiário, sem vínculo com qualquer administradora, pois descumprirá os requisitos previstos na RN 557/2022, e estará suscetível a sanções regulatórias.

Pede o provimento do recurso, e improcedência da ação.

Este processo chegou ao TJ em 21.03, sendo a mim distribuído por prevenção no dia 01.04, com remessa ao Ministério Público na mesma data (fls. 339), que apresentou parecer pelo desprovimento dos recursos (fls. 345/350).

Conclusão final em 22.4.

Estudo e voto concluídos no dia 25.

É o breve relatório.

Admito os recursos porque tempestivos e preparados (fls. 293/294 e fls. 310/311).

Inicialmente, rejeito a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pela Qualicorp.

A relação que se estabeleceu entre as partes é de consumo e 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 assistência à saúde, nos termos da Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça. No mesmo sentido, a Súmula nº 100 desta Corte.

Não há como acolher a alegação de ilegitimidade passiva da recorrente, porquanto ela faz parte da cadeia de fornecimento de serviços de saúde e responde de forma solidária por eventuais defeitos na prestação dos serviços aos consumidores, conforme art. 7º, parágrafo único, do CDC.

Ainda que a apelante Qualicorp atue como administradora dos benefícios do plano de saúde coletivo por adesão, responde tanto quanto a operadora pela prestação dos serviços contratados e pela manutenção do contrato.

No mérito, os recursos não merecem provimento.

Consta do processo que o autor, curatelado (fls. 24), com 28 anos de idade (fls. 19), beneficiário do plano coletivo por adesão, desde outubro de 2016 (fls. 35), foi diagnosticado com transtorno do espectro autista (CID-10 F84.0), retardo mental (CID-10 F79) e esquizofrenia (CID 10- F20.8), e está em tratamento, realizando terapias e reabilitação por tempo indeterminado, custeado pelo plano, conforme determinado no processo nº 1036945-05.2019.8.26.0001 (fls. 47/60).

No entanto, o plano, segundo o autor, seria encerrado em 01.06.2024, havendo indicação médica de que os tratamentos prescritos devem ser contínuos, razão pela qual foi ajuizada a obrigação

de fazer em que requer a manutenção do plano de saúde.

A controvérsia cinge-se à possibilidade de rescisão unilateral na hipótese vertente.

Em se tratando de contrato coletivo de plano empresarial de saúde, não havendo informações acerca do número de vidas, em tese, é lícito o término da avença de forma unilateral, desde que transcorridos 12 meses de vigência, conforme prevê a Resolução 195, da Agência Nacional de Saúde ANS¹.

No entanto, o STJ, embora tenha encampado tal entendimento, entende haver vedação ao cancelamento do plano promovido quando o beneficiário necessita da cobertura.

Neste sentido:

“AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL DO CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES. MANUTENÇÃO, PORÉM, DO PLANO DE SAÚDE PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE ESTIVEREM INTERNADOS OU EM TRATAMENTO MÉDICO. AGRAVO INTERNO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. 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 insere no art. 13, II, b, parágrafo único, da Lei 9.656/98 aplica-se exclusivamente a contratos individuais ou familiares. Precedentes. 2. Contudo, a jurisprudência também reconhece que, em se tratando de contrato coletivo de plano de saúde, mesmo não sendo aplicável o art. 13 da Lei 9.656/98, as cláusulas previamente estabelecidas não podem proteger práticas abusivas e ilegais, com o cancelamento promovido no momento em que o segurado necessita da cobertura.

¹ Art. 17. 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 celebrado entre as partes. Parágrafo único. Os contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão ou empresarial somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias.

Incidência da Súmula 83/STJ. 3. Na espécie, conforme se verifica dos autos, há ao menos dois beneficiários do referido plano de saúde em pleno tratamento médico. 4. Agravo interno parcialmente provido.” (AgInt no REsp n. 1.917.843/DF, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 21/6/2021, DJe de 29/6/2021.) (grifo não original)

No caso, restou comprovado que o autor se encontra em tratamento médico contínuo, de acordo com recomendações médicas juntadas às fls. 43/46.

Nesses termos, deve ser reconhecida como abusiva a rescisão unilateral promovida pelas rés, condenando-as à obrigação de manutenção do plano, conforme tese fixada pelo STJ (Tema nº 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.”

Nesse sentido, observe-se jurisprudência desta Corte em caso análogo:

“APELAÇÃO CÍVEL. Ação de manutenção de plano de saúde. Extinção do contrato coletivo por iniciativa da estipulante, a administradora de benefícios. Sentença de procedência. Inconformismo. Não acolhimento. Preliminar. Alegação de ilegitimidade passiva suscitada pela ré, a operadora do plano de saúde. Rejeição. Solidariedade passiva. Havendo típica relação de consumo, são solidariamente responsáveis perante o consumidor, ademais, todas as empresas que integram a cadeia de fornecimento. Condições da ação que são aferidas com base no estado da asserção. Pertinência subjetiva caracterizada, relegando-se ao mérito a aferição da procedência das alegações da parte autora. Mérito. Rescisão unilateral de contrato coletivo. Possibilidade. Art. 13 da Lei nº 9.656/98 que tem alcance restrito aos planos individuais/familiares. Inteligência do art. 23 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS. Necessidade, porém, de manutenção dos contratos dos beneficiários que estejam no

curso de tratamento garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física. Aplicação da tese fixada pelo C. Superior Tribunal de Justiça em sede de recurso repetitivo (Tema 1082). Caso concreto em que o autor é portador de "transtorno do espectro autista", com tratamento em curso. Circunstância que determina a manutenção do contrato, desde que efetuado o pagamento integral da mensalidade. Aplicabilidade do Tema 1082 a beneficiários portadores de TEA. Precedentes desta E. Corte de Justiça. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO, com majoração dos honorários advocatícios devidos pelas rés recorrentes." (TJSP; Apelação Cível 1112094-59.2023.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 32ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/05/2024; Data de Registro: 17/05/2024) (grifo não original)

"Apelação. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde. Reativação do contrato coletivo de prestação de serviços de saúde. Notificação para rescisão do contrato coletivo. Inadmissibilidade. Paciente que tem necessidades especiais (TEA) e necessita de tratamento contínuo para manutenção da vida e da saúde (tema 1.082 do STJ). Danos morais não configurados. Situação concreta sem abalo dos direitos de personalidade do autor. Ação procedente. Sentença modificada. Recursos providos em parte." (TJSP; Apelação Cível 1003952-73.2022.8.26.0462; Relator (a): Pastorelo Kfoury; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Poá - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/02/2024; Data de Registro: 14/02/2024) (grifo não original)

"AGRAVO DE INSTRUMENTO – Plano de Saúde – Coletivo empresarial com duas vidas (mãe e filha) - Rescisão imotivada pela operadora – Beneficiária diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista em tratamento – Decisão que determinou a reativação do plano – Insurgência da operadora – Não cabimento – Periculum in mora caracterizado diante do risco de interrupção de tratamento, que deve ser contínuo – Probabilidade do direito evidenciada – Precedentes do C. STJ que exigem motivação idônea para a rescisão unilateral de planos coletivos empresariais com características familiares, como aquele dos autos – Ainda que fosse admitida a rescisão unilateral imotivada, haveria óbice em razão do quanto decidido no Tema 1082, aplicável por interpretação analógica aos casos de beneficiários em tratamento do Transtorno do Espectro Autista, conforme precedentes deste E. Sodalício – Decisão mantida–RECURSO DESPROVIDO." (TJSP; Agravo de Instrumento

2194452-73.2023.8.26.0000; Relator (a): Fernando Reverendo Vidal Akaoui; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 5ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 25/10/2023; Data de Registro: 26/10/2023) (grifo não original)

O fato de o tratamento ser contínuo e por tempo indeterminado não é capaz de afastar a incidência da tese repetitiva, sob pena de interrupção do tratamento, sendo responsabilidade de ambas, administradora de benefícios e operadora de plano de assistência à saúde, a manutenção do plano nas mesmas condições anteriormente contratadas, de modo a garantir a continuidade do tratamento do autor.

Corrobora o entendimento acima, o parecer apresentado pelo Ministério Público (fls. 345/350):

“O inciso III do art. 13, da Lei 9.656/98, outrossim, veda a possibilidade de suspensão ou rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante tratamento médico de usuário.

No caso dos autos, de acordo com a exordial, o autor possui o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (CID 10 - F84.0), Retardo mental não especificado (CID 10 - F791) e Esquizofrenia (CID 10 - F20.8), portanto, faz tratamentos para a reabilitação custeado pela parte ré, por força do processo nº 1036945-05.2019.8.26.0001, mas foi surpreendido por e-mail da Ré informando o cancelamento do plano de saúde, o que interrompeu o tratamento regularmente custeado. Tal interrupção é extremamente prejudicial, uma vez que os tratamentos têm caráter contínuo e imediato e sua interrupção compromete gravemente sua saúde e bem-estar.

Não existe fundamento para a rescisão unilateral do presente contrato, pois se trata de cláusula abusiva ao consumidor, por restringir direito fundamental, inerente à natureza do contrato de seguro, que é o direito à saúde (artigo 51, IV, parágrafo 1º, II e III do CDC), sendo inquestionável que o cancelamento unilateral causou transtornos e danos indenizáveis.

Entendo, assim, por abusivo e ilegal o cancelamento do plano de saúde em questão.”

Anoto, por fim, que não há pedido indenizatório por danos morais.

É o quanto basta para a solução do caso.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Por todo o exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos das rés.

Majoro os honorários de sucumbência devidos pelas rés, fixados na sentença em 10% para 15% do valor atualizado da causa, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil.

Deixo de majorar os honorários recursais, nos termos da tese fixada pelo STJ, no Tema 1.059.

MIGUEL BRANDI

Relator