



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro:2025.0000425732

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos destes autos do Apelação Cível nº 1064619-13.2023.8.26.0002, da Comarca São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado RIBEIRO E YAMANAKA SOCIEDADE DE ADVOGADOS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª 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 do Exmos. Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente), DONEGÁ MORANDINI E VIVIANI NICOLAU.

São Paulo, 30 de abril de 2025

JOÃO PAZINE NETO

RELATOR

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível Nº 1064619-13.2023.8.26.0002

Comarca: São Paulo

Apelante: Central Nacional Unimed - Cooperativa Central

Apelado: Ribeiro e Yamanaka Sociedade de Advogados

Juiz sentenciante: Emanuel Brandão Filho

Voto nº 42.643

Ação de obrigação de fazer c/c nulidade de cláusula contratual. Plano de saúde coletivo empresarial. Preliminar de ilegitimidade passiva da Ré CNU afastada. Resilição do contrato coletivo pela operadora (págs. 91/92). Possibilidade, a princípio, uma vez que o artigo 13 da Lei 9.656/98 não se aplica aos contratos coletivos. Precedentes. Ausência, contudo, de comunicado da Ré, de modo a oferecer plano individual/familiar à beneficiária (artigo 1º, Resolução nº 19, do CONSU e RN nº 154/2011). Não ofertada a possibilidade de migração para plano individual, em mesma categoria e mesma cobertura contratual, que o plano coletivo. Precedentes jurisprudenciais do C. STJ e deste E. Tribunal de Justiça. Restabelecimento do plano de saúde da Autora que é medida de rigor, considerado, ademais, que o beneficiário Pedro se submete a tratamento para “Deformidades Osteomusculares Congênitas (CID10 – Q68)” e necessita de acompanhamento constante, conforme relatórios médicos acostados. Observância ao Tema 1082 do C. STJ. Litigância de má-fé não caracterizada. Sentença de procedência mantida. Honorários sucumbenciais majorados para 15% do valor da causa (art. 85, § 11, do CPC). Recurso não provido.

Trata-se de ação de obrigação de fazer c/c nulidade de cláusula contratual, julgada procedente pela r. sentença de págs. 268/271, cujo relatório adoto, para ratificar a liminar, determinar que a Ré se abstenha de rescindir

imotivadamente (mantenha ativo) o plano de saúde em questão (Instrumento de Comercialização de Planos de Saúde de 01-29 vidas – Contrato nº 54535), firmado entre as partes. Em razão da sucumbência, condenou a Ré ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes arbitrados em 10% sobre o valor da causa.

Apela a Ré (págs. 274/283) para alegar, em síntese, que é parte ilegítima para figurar no polo passivo da ação. Esclarece se tratar de contrato coletivo por adesão, razão pela qual apenas presta o serviço de saúde, enquanto a Administradora se responsabiliza por toda a parte financeira da avença. Enuncia que, cabe à administradora contratar ou cancelar o contrato, incluir ou excluir beneficiários em sua base de clientes e, por óbvio, comunicar eventuais situações de inadimplência, enquanto a Operadora apenas segue a determinação emanada pela contratante da operação de plano de saúde. Busca a extinção da ação, sem resolução do mérito, nos termos do art. 485, VI, do CPC. Tece considerações acerca da possibilidade de cancelamento unilateral do contrato, nos termos do art. 23 da RN nº 557 da ANS. Afirma ter comprovado a notificação prévia e vigência do contrato por mais de doze meses. Assevera ter demonstrado que não se trata de contrato falso coletivo, como é contumaz o Judiciário se referir a esse tipo de contrato. Alega que está subordinada às normas e disposições regulamentares editadas pela ANS. Informa que os cancelamentos realizados se restringiram a contratos coletivos empresariais e por adesão. Frisa que não ocorreu cancelamento de contratos individuais e nem poderia, uma vez que o cancelamento desse tipo de contrato só é permitido em situações específicas, todas determinadas pela ANS. Esclarece que, nos contratos coletivos por adesão, se a estipulante negociar qualquer condição ou cláusula do contrato, automaticamente todos os beneficiários vinculados ao contrato serão atingidos, o que se entende, também, quanto às regras de rescisão. Reitera que, por se tratar de plano coletivo empresarial, não se verifica nenhum abuso na rescisão unilateral, observado que há previsão contratual para tanto. Afirma ter enviado notificação à administradora em tempo hábil, a fim de que fosse ofertada, à Autora, carta de portabilidade e assim fosse realizada a migração para outro plano, sem que a Autora viesse a sofrer eventuais prejuízos. Enuncia que

busca apenas o equilíbrio financeiro do contrato. Assevera que as Operadoras não estão obrigadas a disponibilizar plano individual com as mesmas características e valores praticados no plano coletivo, mas sim ofertar planos individuais que eventualmente estejam em seu portfólio comercial ou indicar a possibilidade de portabilidade para outra Operadora de saúde, sem imputação de carência. Enuncia que o serviço público de saúde compete ao Estado, conforme disposto na Constituição Federal. Afirma que, em caso de usuário internado, independente do regime de contratação, deve-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física, para se pôr fim à avença. Refere que, nos casos em que não há internação hospitalar ou tratamento para manutenção da vida, ou seja, tratamento de doença que efetivamente ofereça risco à vida, é possível a rescisão unilateral do contrato, como ocorreu no caso em tela. Reitera que seguiu todos os tramites para que o cancelamento fosse efetivo, dentro do normativo da agência reguladora do setor. Afirma que o pleito para reativação/manutenção do contrato não pode prevalecer, pois rescindido de forma legal. Tece considerações acerca da natureza do contrato de plano de saúde, além do necessário respeito ao mutualismo, com vistas a evitar impacto importante ao fundo comum. Pugna pela improcedência da ação.

Recurso recebido e processado (pág. 290). Preparo anotado (págs. 284/285). Contrarrazões ofertadas (págs. 293/309), com preliminar de ofensa o princípio da dialeticidade e pedido para condenação da Ré às penas por litigância de má-fé.

É o relatório.

A r. sentença de págs. 268/271 não comporta reparos.

De início, cumpre esclarecer que não se deve falar em irregularidade formal, por ofensa ao princípio da dialeticidade, como arguido em contrarrazões pela Autora, uma vez que os argumentos deduzidos demonstram a insurgência, de forma suficiente a devolver a este Tribunal a análise da questão.

Não obstante, afasto a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pela CNU. A Unimed tem legitimidade para figurar no polo passivo da ação, diante de sua qualidade de Operadora do plano de saúde em questão. Justamente porque a Unimed promove a gestão do plano coletivo é ela quem decide, de forma direta ou indireta, pelos valores e reajustes do referido seguro saúde, bem como presta os serviços correspondentes, cuja continuidade aqui se reclama.

Frise-se, nesse contexto, que a relação jurídica ora discutida foi entabulada exclusivamente entre a Operadora de plano de saúde e a Autora, pessoa jurídica, na condição de intermediária de seus beneficiários.

Assim, nada mais razoável que a presente ação fosse promovida em face da Central Nacional Unimed, que é quem efetivamente tem o poder de rescindir ou manter o contrato de plano de saúde ativo e foi quem enviou o e-mail de notificação (págs. 91/92), acerca da rescisão contratual, ora discutida.

Diante do acima exposto, não se deve cogitar da ilegitimidade passiva da Operadora de plano de saúde (CNU), para responder pelos pedidos formulados pela Autora, uma vez que ela integra um dos polos da relação jurídica objeto de discussão nesta ação, de modo que fica rejeitada referida preliminar.

Ademais, cumpre esclarecer que ao caso se aplica o Código de Defesa do Consumidor, conforme dispõe a Súmula 608: *Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.*

Enuncie-se que o plano de saúde é da modalidade coletivo empresarial (págs. 28/75) e, portanto, não existiria óbice à rescisão unilateral pela Ré operadora. Isso decorre do disposto no artigo 13, inciso II, da Lei nº 9.656/98, que veda a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde da modalidade particular/individual,

portanto não atinge o plano de natureza coletiva. Nesse sentido, confirmam-se os seguintes julgados do Superior Tribunal de Justiça:

“PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. RESCISÃO UNILATERAL PELA OPERADORA. POSSIBILIDADE. ART. 13, PARÁGRAFO ÚNICO, II, DA LEI Nº 9.656/98. RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1. (...). 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” (AgInt no AREsp nº 952.334/SP, relator o Ministro MOURA RIBEIRO, 3ª Turma, j. em 27/04/2017);

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL COLETIVO. MANUTENÇÃO PROVISÓRIA DE EMPREGADA DEMITIDA SEM JUSTA CAUSA NA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIA. OBRIGAÇÃO DA OPERADORA DE DISPONIBILIZAR PLANO INDIVIDUAL APÓS O PERÍODO DE PERMANÊNCIA. INEXISTÊNCIA. INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL QUANTO À UMA DAS OBRIGAÇÕES COMINATÓRIAS RECONHECIDAS NA ORIGEM. CABIMENTO. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE DO QUANTUM ARBITRADO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. 1. O plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente (independentemente da existência de fraude ou inadimplência),

após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009). (...)” (AgInt no AREsp 885.463/DF, relator o Ministro RAUL ARAÚJO, Rel. p/ Acórdão o Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, 4ª Turma, j. em 09/03/2017);

“AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. NÃO RENOVAÇÃO. POSSIBILIDADE. AGRAVO IMPROVIDO. 1. Admite-se rescisão unilateral do contrato coletivo de plano de saúde, porquanto o art. 13, parágrafo único, II, da Lei n. 9.656/98 se aplica, com exclusividade, aos contratos individuais. Precedentes. 2. Agravo regimental a que se nega provimento” (AgRg no REsp 1509356/RS, relator o Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, 3ª Turma, j. 15/12/2015).

E desta Colenda Câmara, confira-se:

“PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESILIÇÃO UNILATERAL. Insurgência das rés em face da sentença de procedência. Manutenção por diferente fundamento. Admissibilidade da cláusula contratual que autoriza a rescisão unilateral. Art. 13 da Lei 9.656/98 não se aplica aos contratos coletivos. Precedentes. Necessidade, porém, de notificação prévia com antecedência de 60 dias. Ausência de comprovação nesse sentido. Rescisão unilateral inadmissível por esse motivo. Recursos não providos” (Apelação nº 1001470-53.2017.8.26.0002, relator o Desembargador CARLOS ALBERTO DE SALLES, j. em 12/3/2019).

Ressalte-se, contudo, que a possibilidade de cancelamento unilateral do plano coletivo não exime a Operadora do plano de saúde da obrigação de oferecer ao usuário do plano de saúde coletivo, rescindido de forma unilateral, novo plano individual ou familiar, sem o cumprimento de carência.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

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”*.

Verifica-se que a Apelante, embora tenha notificado a Apelada (pessoa jurídica), não ofereceu a possibilidade de contratação de plano individual/familiar aos beneficiários, sendo um deles portador de doença grave e que necessita de tratamento contínuo, conforme se extrai dos documentos acostados com a contestação. Ademais, tem-se que o beneficiário do plano, o menor Pedro Ryu, se submete a tratamento e acompanhamento contínuo, pois é portador de “Deformidades Osteomusculares Congênitas” (CID10 – Q68) – págs. 84, 85 e 93, o que não permite a rescisão, pela Ré, ora Apelante, nos moldes em que por ela pretendido, mormente porque não demonstrada a efetiva possibilidade de portabilidade, com sua admissão por ela própria, ou por outra Operadora, na condição de saúde do beneficiário da Autora, que não é simples, e em tratamento de doença preexistente, para o caso de nova contratação, com o que não podia mesmo ficar sem a cobertura do plano de saúde, que poderia levar à descontinuidade do tratamento de moléstia.

A prova do processo conduz à certeza que o cancelamento do plano de saúde pela Ré, em relação à Autora, não poderia ter ocorrido.

Na lição de Cláudia Lima Marques, em seu artigo "Abusividade nos Contratos de Seguro-Saúde e de Assistência Médica no Brasil"

(Revista AJURIS, vol. 64, p. 34/77), "*... além da finalidade comum de assegurar ao consumidor e seus dependentes contra os riscos relacionados com a saúde e a manutenção da vida, parece-nos que a característica comum principal dos contratos de seguro-saúde é o fato de ambas as modalidades envolverem serviços (de prestação médica ou de seguro) de trato sucessivo, ou seja, contratos de fazer de longa duração e que possuem uma grande importância social e individual*".

Ainda nesse aspecto, como mencionado pela r. sentença (pág. 270): "*No caso dos autos o requerido (ônus seu), NÃO apresentou justificativa idônea e efetiva a fim de validar a rescisão unilateral. Alegou de maneira genérica (e não demonstrou) a necessidade de manutenção do equilíbrio atuarial. Portanto, tem-se por abusiva e ilegal a rescisão pretendida pelo réu*".

Dessa forma, a cláusula de rescisão unilateral do contrato empresarial aqui em exame não pode ser admitida, por contrariar as diretrizes do Código de Defesa do Consumidor, de forma que fica afastada sua incidência no caso, por caracterizada sua abusividade, com a subsistência do contrato coletivo, como pretendido pela Autora, corroborado pelo entendimento exposto no Tema 1082 do C. STJ, em razão de o beneficiário menor realizar acompanhamento médico, diante de sua patologia (Deformidades Osteomusculares Congênitas "CID10 – Q68" – págs. 84, 85 e 93). No referido julgamento dos REsp 1842751/RS e 1846123/SP, pelo STJ, foi fixada a seguinte tese (Tema 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 (mensalidade) devida*".

Por fim, não é o caso de aplicação da litigância de má-fé à Ré, como pretende a Autora. Para essa condenação, há de se levar em conta o preenchimento de certos requisitos, conforme pronunciou o Colendo Superior Tribunal



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

de Justiça: *“PROCESSUAL CIVIL. LITIGÂNCIA DE MÁ-FÉ. REQUISITOS PARA SUA CONFIGURAÇÃO. 1. Para a condenação em litigância de má-fé, faz-se necessário o preenchimento de três requisitos, quais sejam: que a conduta da parte se subsuma a uma das hipóteses taxativamente elencadas no art. 17, do CPC; que à parte tenha sido oferecida oportunidade de defesa (CF, art. 5.º, LV); e que da sua conduta resulte prejuízo processual à parte adversa. 2. Recurso especial parcialmente conhecido e, nesta parte, provido, para excluir do acórdão recorrido a condenação por litigância de má-fé”* (1.ª Turma – REsp 250.781/SP – Rel. Min. JOSÉ DELGADO – DJU 19.6.00). Essas circunstâncias não se encontram aqui configuradas.

Verifica-se, portanto, que a r. sentença atacada analisou de forma correta as questões suscitadas, com adequada fundamentação jurídica à hipótese em exame, além de bem avaliar o conjunto probatório. Qualquer outro acréscimo que se faça aos seus bem lançados fundamentos constituiria desnecessária redundância, enquanto os demais argumentos suscitados não são suficientes para infirmar os fundamentos acima enunciados para a solução da lide.

Diante da manutenção do julgado, majoro os honorários de sucumbência então arbitrados para o equivalente a 15% do valor atualizado da causa, considerado que não há condenação em valor na r. sentença (art. 85, § 11, do CPC).

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

João Pazine Neto

Relator