



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000432735

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008322-22.2024.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que são apelantes MIGUEL CONTI DE TOLEDO ROCHA (REPRESENTADO(A) POR SUA MÃE) e DENISE BEZERRA ROCHA (REPRESENTANDO MENOR(ES)), são apelados AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 8ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores SALLES ROSSI (Presidente sem voto), THEODURETO CAMARGO E CLARA MARIA ARAÚJO XAVIER.

São Paulo, 5 de maio de 2025.

SILVÉRIO DA SILVA
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 40691

APELAÇÃO Nº: 1008322-22.2024.8.26.0011

COMARCA: FORO REGIONAL DE PINHEIROS

APELANTE: MIGUEL CONTI DE TOLEDO ROCHA (MENOR, REP)

**APELADOS: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A E
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A**

JUIZ: DR. DIEGO FERREIRA MENDES

MMF

APELAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. RESTABELECIMENTO DO PLANO DE SAÚDE, APÓS CANCELAMENTO DE PLANO COLETIVO PELA OPERADORA. SENTENÇA IMPROCEDENTE. INCONFORMISMO DO AUTOR. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA CORRÊ AFASTADA. ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS É PARTE LEGÍTIMA, POR INTEGRAR A CADEIA DE FORNECEDORES E INFLUIR NA NEGOCIAÇÃO DOS REAJUSTES DE MENSALIDADES. BENEFICIÁRIO, INCAPAZ, PORTADOR DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, EM TRATAMENTO MÉDICO. RELATÓRIO MÉDICO QUE INDICA A NECESSIDADE DE TRATAMENTO CONTÍNUO, DIANTE DO QUADRO DE SAÚDE DO PACIENTE. TESE FIRMADA PELO STJ DE QUE, DEVE HAVER A CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS ATÉ A ALTA MÉDICA DE BENEFICIÁRIO EM TRATAMENTO DE SAÚDE (TEMA 1082). DANO MORAL. INOCORRÊNCIA. DIVERGÊNCIA DE INTERPRETAÇÃO DE CLÁUSULA CONTRATUAL. MERO ABORRECIMENTO – TUTELA ANTECIPADA DEFERIDA NO AJUIZAMENTO DA AÇÃO. AUSÊNCIA DE PREJUÍZO. DADO PROVIMENTO PARCIAL AO RECURSO.

Trata-se de recurso de apelação interposto pela parte autora em face da r. sentença de fls. 454/458, cujo relatório se adota, que, em ação de obrigação de fazer, julgou improcedente o pedido formulado na ação inicial. Condenou a parte autora, em razão da sucumbência, ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor atualizado da

causa, nos termos do art. 85, §2º, do CPC, ficando suspensa a exigibilidade de tais ônus em razão da gratuidade de justiça (fls. 167/171), conforme o art. 98, §3º, do CPC.

Apela o autor a fls. 485/514, alegando que possui diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (CID10 F84.0), apresentando dificuldade de interação social e comunicação, além de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, inflexibilidade a mudanças de rotinas e alterações sensoriais, e desde então passou a fazer os tratamentos indicados no relatório médico alcançando benefícios consideráveis. Informa que em 30/04/2024 foi surpreendido com um e-mail do plano de saúde informando que o contrato da operadora de saúde estará totalmente cancelado a partir do dia 1º de junho do corrente ano.

Aduz que a ausência do tratamento prescrito tirará a possibilidade de melhor prognóstico com danos irreversíveis e irreparáveis no desenvolvimento da criança, visto que o laudo médico é claro ao informar o caráter do tratamento, no sentido de que o tratamento não pode ser descontinuado, sob pena de trazer prejuízos no desenvolvimento. Discorre sobre o Transtorno do Espectro Autista e sobre o tratamento realizado no apelante. Relata ser ilegal o cancelamento unilateral de beneficiário em tratamento médico.

Alega ser aplicável o Código de Defesa do Consumidor nas relações entre operadoras de planos de saúde e consumidores, tratando-as como relação de consumo, junto a legislação prevista na Lei n. 9.656/98. Menciona Súmula 608 do STJ; art. 51, IV, do CDC; art. 54 do CDC; Anexo I da Resolução 509/22 da ANS; Resolução 19 do CONSU – Ministério da Saúde; e art. 13 da RN 254 da ANS. Disserta sobre o Tema Repetitivo 1082 e sobre outras decisões proferidas. Sustenta a condenação por dano moral no valor não inferior de R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Manifesta-se sobre o acórdão em agravo de instrumento e sobre o pedido de tutela recursal.

Pleiteia pela reforma da sentença, concessão dos danos

morais e antecipação da tutela recursal.

Contrarrazões a fls. 544/570 e fls. 571/588.

A Procuradoria Geral da Justiça opina pelo provimento ao apelo do autor a fls. 602/608.

É o relatório.

O autor, menor, ajuizou ação pretendendo compelir o plano de saúde a manter o contrato, alegando, em síntese ser portador de TEA e necessitar de tratamento.

O autor é portador de Transtorno do Espectro Autista (CID10 F84.0), com atraso na comunicação e alterações comportamentais. Apresenta dificuldade de interação social e comunicação, além de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, inflexibilidade a mudanças de rotinas e alterações sensoriais. O médico recomendou tratamento de intervenção comportamental baseada em Análise Aplicada do Comportamento - ABA (fls. 103/113).

A abusividade da cláusula que autoriza a rescisão unilateral do contrato restou devidamente caracterizada na hipótese dos autos, por conferir vantagem exagerada em favor da operadora do plano, colocando o consumidor em posição de desvantagem acentuada, nos moldes do art. 51, incisos IV e XV do Código de Defesa do Consumidor.

No caso em apreço, o menor vem realizando acompanhamento médico para tratamento do Transtorno do Espectro Autista e o relatório médico indica a necessidade de continuidade do tratamento.

A relação que se estabeleceu entre as partes, por força do contrato celebrado é de consumo. 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 saúde, nos termos da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. No mesmo sentido, a

Súmula 100 deste Egrégio Tribunal de Justiça.

Assim, as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor, sendo abusiva as cláusulas que coloquem em risco a saúde do segurado, a teor do artigo 51, § 1º, inciso II, do Código de Defesa do Consumidor.

É certo que, em casos de paciente em tratamento, tem sido autorizada pelos Tribunais a manutenção do plano de saúde ao beneficiário em observância aos princípios da boa-fé objetiva e função social do contrato.

Subsistindo a necessidade de cuidados médicos que acomete o beneficiário, que ainda se encontra em tratamento para enfermidade da qual é portador, deve o plano ser mantido, nas mesmas condições vigentes quando da sua exclusão, sob pena de violação à função social do contrato e abuso de direito.

O princípio da boa-fé objetiva, bem como da dignidade humana, impõe que o atendimento do beneficiário, indispensáveis para a manutenção de saúde, sejam preservados, considerando que os riscos apareceram quando o contrato estava vigente.

Ademais, cabível a aplicação analógica do art. 13, inciso III, da Lei nº 9.656/98, com “amparo na boa-fé objetiva, na segurança jurídica, na função social do contrato e no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana”. Confira-se:

“Art. 13. Os contratos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o desta Lei têm renovação automática a partir do vencimento do prazo inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação. (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 2001)

Parágrafo único. Os produtos de que trata o caput, contratados individualmente, terão vigência mínima de um ano, sendo vedadas:

(...)

III - a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, em qualquer hipótese, durante a ocorrência de internação do titular”.

Nesse sentido é a jurisprudência do C. Superior Tribunal de Justiça julgado sob a sistemática dos recursos repetitivos:

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) a autora aderiu, em 1º.12.2012, ao seguro-saúde coletivo empresarial oferecido pela ré, do qual o seu empregador era estipulante; (ii) no aludido 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 em 14.12.2016, indicando o cancelamento da apólice em 28.2.2017; (iv) desde

2016, a usuária encontrava-se afastada do trabalho para tratamento médico de câncer de mama, o que ensejou notificação extrajudicial - encaminhada pelo estipulante à operadora em 11.1.2017 - pleiteando a manutenção do seguro-saúde até a alta médica; (v) tendo em vista a recusa da ré, a autora ajuizou a presente ação postulando a sua migração para plano de saúde individual; (vi) desde a contestação, a ré aponta que não comercializa tal modalidade contratual; e (vii) em 4.4.2017, foi deferida antecipação da tutela jurisdicional pelo magistrado de piso - confirmada na sentença e pelo Tribunal de origem - determinando que "a ré mantenha em vigor o contrato com a autora, nas mesmas condições contratadas pelo estipulante, ou restabeleça o contrato, se já rescindido, por prazo indeterminado ou até decisão em contrário deste juízo, garantindo integral cobertura de tratamento à moléstia que acomete a autora" (fls. 29-33).

6. Diante desse quadro, merece parcial reforma o acórdão estadual a fim de se afastar a obrigatoriedade de oferecimento do plano de saúde individual substitutivo do coletivo extinto, mantendo-se, contudo, a determinação de continuidade de cobertura financeira do tratamento médico do câncer de mama - porventura em andamento -, ressalvada a ocorrência de efetiva portabilidade de carências ou a contratação de novo plano coletivo pelo atual empregador.

7. Recurso especial parcialmente provido. (REsp n. 1.846.123/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de

1/8/2022.).

Note-se que não há notícia de inadimplemento e por isso é cabível a manutenção do contrato.

Analiso o dano moral.

Os danos morais são incabíveis no caso, até mesmo porque não houve prova de dano de tamanha extensão a justificar indenização.

A mera discussão quanto à interpretação de cláusulas contratuais de prestação de serviços de assistência à saúde não gera dano moral sujeito à indenização. Estaria caracterizado apenas um aborrecimento não suscetível de acarretar condenação ao pagamento de indenização por danos morais.

Assim, não cabe a aplicação dos artigos 186 e 927 do CC ao caso.

O dano moral é conceituado por SAVATIER como todo o sofrimento humano que não é causado por uma perda pecuniária, conforme acórdão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, relator Des. Carlos Alberto Menezes Direito *in* "Responsabilidade Civil e sua Interpretação Jurisprudencial", 1ª ed., pág. 395, de Rui Stoco.

Na mesma obra, vem anotado acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo, relatado pelo Desembargador BENINI CABRAL, onde diz:

"No plano moral não basta o fator em si do acontecimento, mas, sim, a prova de sua repercussão, prejudicialmente moral".

A situação desagradável passada pelo autor, no presente caso, não pode fazer jus a uma indenização desse teor.

Aliás, SÉRGIO CAVALIERI FILHO em seu livro "Responsabilidade Civil", 2ª ed., Malheiros Editores, 1998, p. 78, após citar a lição de ANTUNES VARELA, diz:

"Nessa linha de princípio, só deve ser reputado como dano moral a dor, vexame, sofrimento ou humilhação que, fugindo à normalidade, interfira intensamente no comportamento psicológico do indivíduo, causando-lhe aflições, angústia e desequilíbrio em seu bem-estar. Mero dissabor, aborrecimento, mágoa, irritação ou sensibilidade exacerbada estão fora da órbita do dano moral, porquanto, além de fazerem parte da normalidade do nosso dia-a-dia, no trabalho, no trânsito, entre amigos e até no ambiente familiar, tais situações não são intensas e duradouras, a ponto de romper o equilíbrio psicológico do indivíduo. Se assim não se entender, acabaremos por banalizar o dano moral, ensejando ações judiciais em busca de indenizações pelos mais triviais aborrecimentos".

"Nem todo mal-estar configura dano moral", como assinala o Juiz ANTONIO JEOVÁ SANTOS, em sua obra "Dano Moral Indenizável", 3ª ed., Método, p. 119 e mais adiante, na p. 122, prossegue:

"O que se quer afirmar é que existe um mínimo de incômodos, inconvenientes ou desgostos que, pelo dever de convivência social, sobretudo nas grandes cidades em que os problemas fazem com que todos estejam mal-humorados há um dever geral de suportá-los.

O mero incômodo, o desconforto, o enfado, decorrentes de algumas circunstâncias, como exemplificados aqui, e que o homem médio tem de suportar em razão mesmo do viver em sociedade, não servem para que sejam concedidas indenizações".

Assim, a sentença deve ser parcialmente reformada, para julgar parcialmente procedente o pedido e determinar a manutenção do contrato de plano de saúde, nas mesmas condições e mediante pagamento da mensalidade, enquanto perdurar o tratamento do autor.

Diante da sucumbência recíproca, nos termos do art. 86, caput, do CPC, cada litigante arcará com as custas e despesas, as quais devem ser recíproca e proporcionalmente distribuídas e compensadas, meio a meio. Condeno cada litigante ao pagamento de honorários advocatícios da parte adversa, que ora arbitro, em 20% do valor atualizado da causa, já considerados os honorários recursais. Ressalva-se a gratuidade concedida no disposto do art. 98, §3º do CPC.

Ante o exposto, **dou provimento parcial ao recurso.**

SILVÉRIO DA SILVA

Relator