



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000439775

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008589-03.2024.8.26.0008, da Comarca de São Paulo, em que é apelante AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, é apelado CHRISTOPHER YOHAN PADILHA (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 6 de maio de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto: 11069

Apelação Cível: 1008589-03.2024.8.26.0008

Apelante: Amil Assistência Médica Internacional S/A

Apelado: Christopher Yohan Padilha **Origem:** São Paulo - Foro Regional VIII -
Tatuapé

Juiz de origem: Dr. Fábio Rogério Bojo Pellegrino

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PARCIAL PROVIMENTO.

I. Caso em Exame. Recurso de Apelação interposto pela ré contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer c/c indenizatória por danos morais, condenando a ré ao restabelecimento do plano de saúde e pagamento de R\$5.000,00 por danos morais. A ré alega cancelamento lícito do plano de saúde e ausência de dano moral.

II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em (i) verificar a licitude do cancelamento do plano de saúde pela ré e (ii) a existência de danos morais decorrentes do cancelamento.

III. Razões de Decidir. 3. A relação entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, aplicável aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula 608 do STJ. 4. A rescisão unilateral do plano de saúde sem oferta de migração para plano individual viola a liberdade de escolha do consumidor e a função social do contrato. No entanto, não houve comprovação de dano moral que justifique indenização.

IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso parcialmente provido para afastar a condenação por danos morais. Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de plano de saúde deve observar a oferta de migração para plano individual. 2. A ausência de comprovação de dano moral afasta a indenização.

Vistos.

Trata-se de Recurso de Apelação interposto pela ré em razão da sentença de fls. 391/395, cujo relatório se adota, que julgou procedente o pedido inicial formulado nesta ação de obrigação de fazer c/c indenizatória por danos morais, para: *“I – CONFIRMAR a decisão liminar de fls. 197/199. II - CONDENAR*

a parte ré, a pagar à parte autora INDENIZAÇÃO por DANOS MORAIS no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais), corrigida monetariamente pela Tabela do Tribunal de Justiça a partir da data desta sentença, conforme Súmula 362, do Superior Tribunal de Justiça, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês (art. 406, do Código Civil/2002 c/c art. 161, §1º, do Código Tributário Nacional), a contar do trânsito em julgado desta sentença ou da data da publicação do acórdão, do qual não caiba mais recurso com efeito suspensivo, quando então se torna exequível e exigível coativamente a indenização fixada.”

Apela a parte ré (fls. 418/434), sustentando que o cancelamento se deu de forma lícita, após a devida notificação da apelada. Discorreu acerca da responsabilidade da administradora de benefícios pela oferta de plano de saúde individual e sobre a impossibilidade de reativação do plano. Por fim, alega que não houve dano moral, inexistindo nexos causal entre o cancelamento do plano de saúde coletivo e prejuízo à autora.

Requeru o conhecimento e provimento do presente recurso, a fim de que a r. sentença seja reformada e a ação julgada improcedente.

Contrarrazões às fls. 440/457.

Recurso tempestivo e devidamente preparado.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Relevante fazer menção acerca da cuidadosa tramitação do processo em primeiro grau de jurisdição sob a presidência do MM Juiz de Direito Dr. Fábio Rogério Bojo Pellegrino, cuja sentença bem lançada sentença merece pequena reforma.

Inicialmente, cumpre ressaltar que há de se considerar a relação travada pelas partes à luz do Código de Defesa do Consumidor.

A Lei Consumerista ingressou em nosso ordenamento jurídico tendo como finalidade a tutela das relações de consumo, dando proteção constitucional ao consumidor ante o fornecedor, segundo consta no artigo 5º, inciso XXXII, da Carta Magna. Desse modo, não se pode negar que a parte autora enquadra-se no caput do artigo 2º da Lei nº 8.078/90, como consumidor, porquanto contrataram a prestação de serviço na qualidade de destinatária final. A parte ré, por sua vez, constitui-se como fornecedora, em consonância ao artigo 3º, caput, do referido diploma legal.

Cumpra ainda esclarecer que a parte autora é considerada consumidora em relação ao contrato firmado pelas partes, assim reconhecido pelo teor da Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão (STJ. 2ª Seção. Aprovada em 11/04/2018, DJe 17/04/2018)”

Outrossim, incontestemente a aplicabilidade das normas elencadas pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Importante salientar que a referida lei especial não afasta a incidência do Código de Defesa do Consumidor nas relações entre operadoras de planos de saúde e segurados, pois ambos os sistemas normativos seguem princípios similares, estabelecendo entre si a complementariedade, afastada, portanto, a antinomia.

Neste dado raciocínio, o art. 35-G da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001, estabelece a incidência e complementariedade do CDC (Lei nº 8.078/90, de hierarquia constitucional – art. 48 ADCT/CF) aos contratos de plano de saúde.

Destarte, consolidou-se na doutrina e jurisprudência hodierna que os contratos de planos de saúde constituem-se, evidentemente, como contratos de adesão. Nesse quadro, observados a vulnerabilidade e hipossuficiência do consumidor, as normas contratuais serão sempre interpretadas em seu favorecimento, observado o princípio da boa-fé objetiva.

Pois bem.

No tocante ao mérito, a presente demanda visa a condenação da Recorrida à obrigação de fazer consistente no reestabelecimento de plano de saúde além da condenação ao pagamento de indenização por danos morais decorrente da falha da prestação de serviços.

A requerida, ora apelante, defende a inexistência de qualquer ilicitude no cancelamento unilateral do plano de saúde e ausência de danos extrapatrimoniais, objetivando a reforma da sentença.

Especificamente sobre o contrato em testilha, é típico contrato de adesão, impondo-se a regra de hermenêutica segundo a qual as cláusulas devem ser interpretadas a favor do consumidor que aderiu a contrato padrão estabelecido pelo fornecedor.

Em princípio, a rescisão unilateral de planos coletivos empresariais é admitida, devendo observar o quanto regulamentado pela Resolução CONSU nº 19, publicada pelo Conselho de Saúde Suplementar em 25 de março de 1999, que assim dispõe:

“Artigo 1º. 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. (...)”

Artigo 3º. Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.”.

Como também pela resolução 195, da ANS, que assim estipula:

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.

Em suma, as condições de cancelamento devem estar previstas em contrato, bem como deve ser ofertada migração para plano individual da mesma operadora. No caso, o segundo requisito não foi observado pela ré.

O comunicado de fl. 378-379 não se trata de uma oferta de plano individual da mesma operadora. Houve apenas a comunicação do cancelamento do plano coletivo.

A conduta da ré impede a liberdade de escolha do consumidor pela continuidade da cobertura médica. Mantido o cancelamento, há rompimento imediato da cobertura de serviços médicos prestados aos beneficiários e interrupção de seu tratamento.

Os beneficiários teriam de buscar tratamento na rede pública, ou nova cobertura privada, com mudança de médicos e atendentes. Ou seja, o cancelamento do contrato contribuiria para agravar a condição de saúde dos beneficiários.

Em casos como o dos autos, deve prevalecer o direito à saúde, destacando-se os quatro princípios que regem a teoria contratual contemporânea, à vista do disposto no artigo 421 do Código Civil de 2002: autonomia privada, boa-fé, justiça contratual e função social do contrato.

A respeito da função social dos planos de saúde, em julgado da Corte de Justiça, prevaleceu o entendimento de que: *“quem pretende exercer a prestação de serviços de saúde deve estar consciente de que o seu legítimo direito ao lucro disso decorrente há de ser exercido em consonância com os valores de proteção da vida humana saudável, fim ao qual se subordina a própria ordem econômica.”*. (cf. Voto Vencedor, proferido na Apelação Cível nº 282.895.1/5).

Com efeito, as normas regulamentares vieram equilibrar os interesses conflitantes entre os componentes do contrato de plano de saúde, de modo que a liberdade de contratar fosse exercida em consonância à função social do contrato, garantindo à parte hipossuficiente a continuidade da cobertura.

Na situação apresentada, a ré agiu em desrespeito à norma regulamentar e impediu o exercício de escolha pela continuidade da cobertura do consumidor.

Ainda nesse sentido, tem cabimento aplicação analógica o disposto no art. 13, III, da Lei 9656/98, ensejando a manutenção do contrato para preservar bem maior, qual seja, a vida e a saúde dos beneficiários:

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.

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

Nada obstante tratar-se de contrato coletivo, a contratação visa atender a pessoas físicas, individualmente, haja vista que “*nos contratos coletivos o beneficiário final é o consumidor, tal qual nos contratos individuais ou familiares. A interpretação restritiva dá ensejo a abusos que feririam gravemente o direito dos conveniados, que, quando menos esperassem, enfermos ou não, estariam sem nenhuma assistência médica*”. (**Apelação 362 868-4/6, 4ª Câmara de Direito Privado, Des. Rel. Maia da Cunha, j. em 28 06 2005**).

Em contratos de adesão, a condição dos usuários é muito similar à dos contratos individuais e familiares, pois são os próprios usuários que realizam a contratação/escolha do plano.

Como já dito, o destinatário final e beneficiário dos

contratos coletivos é o beneficiário, tal qual naqueles instrumentos firmados individualmente. A denúncia unilateral e imotivada, sem o cuidado de ofertar ao consumidor a continuidade da cobertura por outros meios, viola a confiança com relação ao evento futuro, inerente aos contratos relacionais.

Assim sendo, o cancelamento da cobertura para o autor foi irregular, razão suficiente para sua reversão em favor da parte prejudicada. Ainda que assim não fosse, o autor demonstrou que se encontra em tratamento (laudo médico de fl. 84), o que torna ainda mais evidente o acerto da tutela judicial concedida na origem.

A questão já está pacificada pelo Superior Tribunal de Justiça, em tese firmada em julgamento de recurso repetitivo (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 devida.*”.

Logo, a r. sentença não comporta provimento quanto a tal ponto.

No tocante aos danos morais, são esclarecedoras as lições do ilustre Orlando Gomes: “*Dano moral é, portanto, o constrangimento que alguém experimenta em consequência de lesão em direito personalíssimo, ilicitamente produzida por outrem. (...) Observe-se, porém, que esse dano não é propriamente indenizável, visto como indenização significa eliminação do prejuízo e das consequências, o que não é possível quando se trata de dano extrapatrimonial. Prefere-se dizer que é compensável. Trata-se de compensação, e não de ressarcimento. Entendida nestes termos a obrigação de quem o produziu, afasta-se a objeção de que o dinheiro não pode ser o equivalente da dor, porque se reconhece que, no caso, exerce outra função dupla, a de expiação, em relação ao culpado, e a de satisfação, em relação à culpa*”. (In “Obrigações”, 11ª ed. Forense, pp. 271/272).

Em adição, nas palavras de Sérgio Cavalieri Filho: “*Como*

juizador, há mais de 35 anos, tenho utilizado como critério aferidos do dano moral se, no caso concreto, houve alguma agressão à dignidade daquele que se diz ofendido (dano moral em sentido estrito e, por isso, o mais grave) ou, pelo menos, se houve alguma agressão, mínima que seja, a um bem integrante da sua personalidade (nome, honra, imagem, reputação etc). Sem que isso tenha ocorrido, não haverá que se falar em dano moral, por mais triste e aborrecido que alega estar aquele que pleiteia indenização". (CAVALIERI FILHO, Sérgio, Programa de responsabilidade civil, 9ª ed., São Paulo: Atlas, 2010, p. 87).

Eis que, em que pesem as alegações da parte autora, a postura indevida do plano de saúde, quebrando a justa expectativa da autora ao continuar ofertando os serviços do plano tendo decorrido o prazo há mais de 1 ano e abruptamente cancelá-lo, configura mero aborrecimento que não ultrapassa, na visão deste juizador, a esfera do inadimplemento contratual, sendo inexistente qualquer fato excepcional que tenha colocado o paciente em situação vexatória ou implicado em lesão à honra ou ao princípio da dignidade humana.

Cumprе ressaltar que a autora não teve nenhum problema de saúde urgente que lhe tenha sido negado, não sendo possível, ainda, incidir o disposto no art. 30 da Lei 9.656/98 no caso concreto, porquanto decorreria o prazo, e a autora já tinha firmado outro vínculo empregatício, não podendo usufruir da condição de beneficiária nos termos do dispositivo legal.

Logo, não há que se falar que a parte autora tenha sofrido abalo psicológico e emocional que ampare o pleito indenizatório, ainda que se considere ilícita a quebra de justa expectativa da operadora ao rescindir o plano repentinamente, como reconhecido na sentença.

Assim, de rigor o provimento do recurso da ré, a fim de afastar a condenação por danos morais, restando prejudicado o pedido de majoração formulado pela ré.

Por fim, em vista do provimento parcial da apelação, modifico a distribuição da sucumbência para condenar a apelante e o apelado a dividirem as custas e despesas processuais em partes iguais. Fixo honorários

advocatícios em favor dos patronos das partes no montante de 12% (doze por cento) do valor da causa, nos termos do artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil, vedada a compensação nos termos do artigo 85, § 14 do mesmo Código.

Não é o caso de majorar honorários advocatícios em sede recursal nos termos do artigo 85, § 11 do Código de Processo Civil, vez que a apelação foi parcialmente provida.

Considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico 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.

Ante o exposto, pelo meu voto, **DOU PARCIAL PROVIMENTO** ao apelo da ré.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator(a)
Assinatura Eletrônica