



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000443259

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1002015-94.2023.8.26.0655, da Comarca de Várzea Paulista, em que é apelante ALLIANZ SAÚDE S/A, é apelado AJITEC FERRAMENTARIA LTDA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 1ª 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 dos Desembargadores ALBERTO GOSSON (Presidente) E ANTONIO CARLOS SANTORO FILHO.

São Paulo, 7 de maio de 2025.

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Comarca: Várzea Paulista

Apelação n. 1002015-94.2023.8.26.0655

Apelante: ALLIANZ SAÚDE S/A

Apelada: AJITEC FERRAMENTARIA LTDA

Voto n. 12619

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. CONTRATO DE SEGURO SAÚDE COLETIVO. RECURSO DESPROVIDO. I. Caso em Exame: Recurso de apelação interposto contra sentença que julgou procedente o pedido inicial, tornando definitivos os efeitos da tutela provisória e condenando a ré a manter o seguro saúde nas mesmas condições anteriores ao cancelamento, até a alta médica dos beneficiários em tratamento. II. Questão em Discussão: 2. A questão em discussão consiste em (i) a validade da rescisão unilateral do contrato de seguro saúde coletivo com menos de trinta beneficiários e (ii) a possibilidade de restringir a manutenção do contrato apenas aos beneficiários em tratamento médico contínuo. III. Razões de Decidir: 3. O Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos contratos de plano de saúde, exigindo motivação idônea para rescisão unilateral em contratos coletivos com menos de trinta beneficiários. 4. A jurisprudência do STJ estabelece que a rescisão unilateral não pode ocorrer durante tratamento médico contínuo, em respeito à boa-fé e à conservação dos contratos. IV. Dispositivo e Tese: 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: A rescisão unilateral de plano de saúde coletivo com menos de trinta usuários requer motivação idônea. Legislação Citada: Lei 9.656/98, art. 13, parágrafo único, II; art. 16, VII. CPC, art. 85, § 11. Jurisprudência Citada: STJ, REsp nº 1.842.751/RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 22.06.2022. STJ, REsp nº 1.708.317/RJ, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 17.04.2018. TJSP, Agravo de Instrumento 2029503-61.2025.8.26.0000, Rel. Antonio Carlos Santoro Filho, j. 07.03.2025.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto para impugnar a sentença de fls. 319/328, cujo relatório adoto, que julgou procedente o pedido inicial, para tornar definitivos os efeitos da tutela provisória concedida em fls. 137/138 e, por consequência, para condenar a ré na obrigação de fazer consistente na manutenção do seguro saúde firmado com a autora, nas mesmas condições em que se encontrava quando da notificação do cancelamento, inclusive quanto às contraprestações a serem pagas pela estipulante, até a alta médica dos beneficiários em tratamento.

Segundo a apelante-ré, a sentença merece ser reformada, em síntese, alegando que esta é contraditória, pois, embora reconheça a inexistência de motivação idônea para a rescisão unilateral do

seguro saúde, determina, com fundamento no Tema n. 1.082 do Superior Tribunal de Justiça, a continuidade da cobertura assistencial sem restringi-la à hipótese de beneficiários em tratamento médico que garanta a sua incolumidade física. Defende que a aplicação do referido precedente vinculante exige a presença de situação concreta de tratamento contínuo, não autorizando, portanto, a manutenção irrestrita do vínculo contratual a todos os beneficiários.

Salienta que, nos termos das referidas condições expressas no instrumento contratual, é facultado tanto à estipulante quanto à seguradora promover o cancelamento do contrato, inexistindo qualquer ilicitude na conduta da apelante. Alega que, diferentemente dos planos individuais ou familiares, o seguro saúde coletivo empresarial é vinculado a um CNPJ, decorrendo sua validade da existência de relação jurídica entre o beneficiário e a pessoa jurídica estipulante, seja de natureza trabalhista, estatutária ou associativa, e não do número de vidas vinculadas. Argumenta que, ao aderir a um plano coletivo empresarial, a parte apelada obteve diversas vantagens, como a redução do período de carência e o pagamento de prêmio mensal inferior ao usualmente praticado em contratos individuais ou familiares. Ressalta que adotou todas as providências legais para o cancelamento contratual sem prejuízo à parte apelada, que, no entanto, permaneceu inerte e optou pela judicialização da controvérsia, ao invés de contratar novo plano de saúde.

Dessa forma, requer a improcedência dos pedidos iniciais. Subsidiariamente, pleiteia que a manutenção da vigência do seguro saúde restrinja-se aos beneficiários Tania Geni Sanita e Luiz Guilherme Sanita, únicos que estariam em tratamento médico necessário à preservação de sua integridade física. Ainda que não acolhida tal pretensão, postula que seja reconhecido o direito da apelante à aplicação dos reajustes anuais do prêmio, sob pena de grave desequilíbrio contratual em seu desfavor (fls. 331/340).

Recurso tempestivo, preparado e com apresentação de contrarrazões pela apelada (fls. 347/363).

Não houve oposição ao julgamento virtual (Resolução n. 772/2017).

Esse é o relatório.

Passo ao voto.

O recurso não merece ser provido.

Cuida-se de ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de tutela de urgência. A parte autora alega que celebra com a parte ré contrato de seguro de assistência médica coletiva empresarial, consubstanciado na apólice n. 0515201095879804338, vigente desde o ano de 2010. Informa que, em 31.03.2023, foi surpreendida com notificação de rescisão unilateral do referido contrato, com previsão de encerramento para 01.06.2023. Afirma que, à época do ajuizamento da demanda, o contrato contava com oito beneficiários, alguns dos quais em tratamento contínuo de enfermidades de natureza grave. Alega que a contratação de um novo plano de saúde prejudicava a continuidade do tratamento dos beneficiários, em razão dos prazos de carência impostos por outras operadoras. Sustenta a abusividade da rescisão unilateral do contrato,

invocando a necessidade de preservação da continuidade da cobertura assistencial. Nesse contexto, pleiteia, em sede de tutela de urgência, a suspensão dos efeitos da notificação de cancelamento do contrato ou, subsidiariamente, a manutenção da assistência médica aos beneficiários em tratamento de doença grave. Ao final, requer a confirmação da medida liminar, com a condenação da ré à manutenção do contrato de seguro saúde ou, alternativamente, ao reconhecimento do direito de migração dos beneficiários para plano de saúde individual, familiar ou empresarial, nas mesmas condições do contrato rescindido, com dispensa de cumprimento de novos prazos de carência, de cobertura parcial temporária ou de imposição de qualquer custo adicional decorrente da migração.

Apresentada defesa e após o deslinde processual, sobreveio sentença de procedência, razão pela qual a parte ré interpôs o presente recurso de apelação.

Razão não lhe assiste.

Consigno que, embora se trate de contrato coletivo firmado entre pessoas jurídicas, o Código de Defesa do Consumidor é plenamente aplicável, uma vez que o plano de saúde se destina ao consumidor final, figurando a parte autora, tão somente, como contratante.

Nessa esteira, cumpre ressaltar o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça por meio da Súmula 608, segundo a qual *“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”*

No mesmo sentido, a Súmula 100 desta Corte estabelece que *“O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98, ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais.”*

Depreende-se dos autos que as partes celebraram, em 30.04.2010, contrato de seguro saúde coletivo empresarial, consubstanciado na apólice n. 0515201095879804338. É incontroverso, ademais, que a parte autora se mantém adimplente com as obrigações contratuais assumidas, ressaltando, por oportuno, tratar-se de pessoa jurídica de pequeno porte, cuja apólice contempla apenas oito beneficiários.

Diante desse cenário, impõe-se à requerente uma proteção diferenciada, exigindo-se motivação adequada para eventual rescisão contratual. Pois, o entendimento consolidado pelo Superior Tribunal de Justiça estabelece que contratos empresariais que contemplem menos de trinta beneficiários configuram uma modalidade atípica de plano coletivo, devendo, excepcionalmente, receber tratamento análogo ao dos planos individuais ou familiares.

Nesse sentido, a jurisprudência da Corte Superior firmou o entendimento de que *“a rescisão do contrato por conduta unilateral da operadora em face de pessoa jurídica com até trinta beneficiários deve apresentar justificativa idônea para ser considerada válida, dada a vulnerabilidade desse grupo de usuários, em respeito aos princípios da boa-fé e da conservação dos*

contratos” (REsp 1.708.317/RJ, Rel. Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, julgado em 17.04.2018, DJe 20.04.2018).

O Superior Tribunal de Justiça já se manifestou nesse sentido ao firmar tese no Tema Repetitivo nº 1.082, vejamos:

“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.” (REsp n. 1.842.751/RS, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, julgado em 22/6/2022, DJe de 1/8/2022).

Não obstante, *“a rescisão do contrato por conduta unilateral da operadora em face de pessoa jurídica com até trinta beneficiários deve apresentar justificativa idônea para ser considerada válida, dada a vulnerabilidade desse grupo de usuários, em respeito aos princípios da boa-fé e da conservação dos contratos”* (REsp 1708317/RD. Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma. Julgado em: 17/04/2018, DJe 20/04/2018).

Aliás, não seria diferente o entendimento desta C. Câmara:

“DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RECURSO NÃO PROVIDO. I. Caso em Exame Agravo de instrumento interposto por Porto Seguro – Seguro Saúde S.A contra decisão que deferiu a antecipação de tutela para restabelecer o plano de saúde do agravado. A agravante alega que o contrato permitia cancelamento unilateral e imotivado, desde que notificado previamente, e que houve violação ao art. 329 do CPC devido à emenda da inicial após a citação. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em (i) a possibilidade de rescisão unilateral e imotivada de plano de saúde coletivo com menos de trinta beneficiários e (ii) a alegação de emenda à inicial após a citação sem consentimento da ré. III. Razões de Decidir 3. A jurisprudência do STJ exige motivação idônea para rescisão unilateral de planos coletivos com menos de trinta usuários, devido à vulnerabilidade da empresa estipulante. 4. Não houve alteração da causa de pedir ou do pedido, apenas inclusão de partes no polo ativo, o que não configura violação ao art. 329 do CPC. IV. Dispositivo e Tese 5. Recurso desprovido. Tese de julgamento: 1. A rescisão

unilateral de plano de saúde coletivo com menos de trinta usuários requer motivação idônea. 2. Inclusão de partes no polo ativo não altera a causa de pedir ou o pedido. Legislação Citada: Lei 9.656/98, art. 13, parágrafo único, II; art. 16, VII. CPC, art. 329. Jurisprudência Citada: STJ, REsp nº 1.776.047/SP, Rel. Min. Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, j. 23.04.2019. STJ, AgInt no REsp nº 1.862.008/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 22.06.2020.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2029503-61.2025.8.26.0000; Relator (a): Antonio Carlos Santoro Filho; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/03/2025; Data de Registro: 07/03/2025 - grifei);

“Agravo de instrumento. Plano de saúde. Rescisão de contrato coletivo empresarial. Contrato que possui menos de trinta beneficiários (falso coletivo). Denúncia de contrato de plano de saúde coletivo empresarial com menos de trinta beneficiários que deve ser condicionada à expressa e formal motivação idônea pela operadora de saúde. Precedentes do STJ. Decisão mantida. Agravo desprovido.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2377313-90.2024.8.26.0000; Relator (a): Claudio Godoy; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campinas - 9ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 11/02/2025; Data de Registro: 11/02/2025 - grifei).

Além da exigência de motivação idônea para a rescisão unilateral do contrato pela operadora de saúde em planos com menos de trinta beneficiários, impõe-se reconhecer a inadmissibilidade da rescisão contratual nos casos em que há beneficiário em tratamento médico contínuo.

In casu, restou comprovado que a beneficiária Tânia Geni Sanita é portadora de insuficiência renal crônica (CID 10 – N18.0), estando submetida a tratamento por meio de terapia renal substitutiva desde março de 2023. Outrossim, verifica-se que o beneficiário Luiz Guilherme Sanita demanda acompanhamento médico contínuo por especialista em nefrologia, conforme documentos acostados às fls. 125/126, 284 e 314.

Por conseguinte, reputo indevida a rescisão unilateral do contrato de seguro saúde, o que também impõe a rejeição do pleito subsidiário formulado pela operadora-rê, no sentido de que a manutenção da vigência contratual se restrinja aos beneficiários Tânia Geni Sanita e Luiz Guilherme Sanita, porquanto desarrazoada a limitação da cobertura exclusivamente àqueles que se encontram em tratamento médico contínuo, sobretudo diante da abusividade verificada na conduta rescisória adotada.

Ante o exposto, nada a modificar na r. sentença.

Considerando que a sentença foi proferida já sob a atual legislação, imponho honorários sucumbenciais e recursais no importe de 15% sobre o valor atualizado atribuído à causa, nos termos do artigo 85, § 11, do CPC, além da responsabilidade pelas custas e despesas processuais. Anoto que os presentes honorários substituem aqueles que foram fixados em primeiro grau de jurisdição.

Posto isso, **nego provimento** ao recurso.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

MÔNICA DE CARVALHO

Relatora