



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000444318

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1037023-97.2023.8.26.0602, da Comarca de Sorocaba, em que é apelante/apelado ANA CLÁUDIA CASTILHO PAIVA, é apelado/apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 7 de maio de 2025.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES

relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1037023-97.2023.8.26.0602

**Apelantes e reciprocamente apelados: Ana Cláudia Castilho Paiva e
Notre Dame Intermédica Saúde S/A**

Comarca: São Paulo - Sorocaba

MM. Juiz de 1ª instância: José Elias Themer

VOTO Nº 52825

**EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE.
RECURSOS NÃO PROVIDOS.**

I. Caso em Exame

1. Apelações contra sentença que confirmou a tutela de urgência, declarando o direito da autora à continuidade no plano de saúde da ré até o final do tratamento de câncer de mama, desde que custeie integralmente as mensalidades. A sentença determinou sucumbência recíproca, com cada parte arcando com metade das custas do processo e honorários advocatícios.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em: (i) a ocorrência de dano moral indenizável alegada pela autora; (ii) o direito de continuidade no plano de saúde após demissão sem justa causa, alegado pela ré.

III. Razões de Decidir

3. Os contratos de plano de saúde geram expectativa de continuidade e dependência, especialmente em idade avançada, violando o dever de lealdade na execução do contrato.

4. O art. 30 da Lei 9.656/98, aplicado por analogia, assegura o direito de permanência dos dependentes em caso de morte do titular, aplicável ao caso de plano coletivo empresarial.

5. A tese vinculante nº 1082 do STJ determina que a operadora deve assegurar continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em tratamento médico, desde que o titular arque com a contraprestação.

6. Não há motivos ensejadores de responsabilidade de indenizar por dano moral, pois o cancelamento do plano se consubstanciou em prerrogativa contratual.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso da autora não provido. Recurso da ré não provido.

RELATÓRIO.

1. Trata-se de recursos de apelação cível contra a r. sentença de fls. 221/224, cujo relatório se adota, que julgou procedente em parte o pedido *“para confirmar a tutela de urgência e declarar o direito da autora à continuidade no plano de saúde da ré, até o final do tratamento de câncer de mama, desde que custeie integralmente as mensalidades. Diante da sucumbência recíproca, cada parte arcará com metade das custas do processo e honorários advocatícios de 10% do valor da causa para o advogado da autora, e de 10% do pedido indenizatório (R\$10.000,00) ao patrono da ré, observado o*

disposto no artigo 98, §3º, do Código de Processo Civil em relação à autora (fls. 72)."

2. Irresignada, insurge-se a parte autora (fls. 227/233), defendendo a ocorrência de dano moral indenizável. Pede, pois, a condenação da ré no importe de R\$10.000,00 a título de dano moral.

3. Apela também a parte ré (fls. 237/251). Alega, em resumo, que a beneficiária tinha total ciência de que após a demissão sem justa causa, o seu plano seria licitamente cancelado, eis que a Apelada não tem direito de continuidade no plano. Diz que o plano ora discutido se encontra devidamente cancelado desde o dia 09/06/2023 devido ao desligamento da titular junto a empresa estipulante, conforme requerido pela ex-empregadora da Apelada, além de não ter havido pagamento por ela. Pede, pois, a reforma da sentença, julgando-se improcedentes os pedidos iniciais.

4. Contrarrazões apresentadas às fls. 254/261 (Notredame) e 265/273 (Autora).

FUNDAMENTOS.

5. Os recursos não prosperam.

6. Os contratos de plano de saúde geram no consumidor não apenas uma expectativa de continuidade da relação, como também uma verdadeira dependência, já que quanto maior o decurso do tempo, maior a idade do segurado e menores as

chances de vir a contratar outro plano em condições equiparadas.

7. Assim, os princípios da função social do contrato e da boa-fé, em conjunto às normas consumeristas já permitem chegar à resolução da questão. Se o contrato visa a preservação da vida e da saúde através da prestação de assistência e se tem características comuns com o seguro, consubstanciadas nos cálculos atuariais que relacionam o pagamento de prêmios com o índice de sinistros, não é de se esperar que um segurado, quer na posição de contratante, quer na posição de beneficiário, seja simplesmente excluído do grupo já em idade avançada (na qual se presume uma sinistralidade mais alta) para que procure à própria sorte um plano individual, que certamente terá valor aviltante (o valor oferecido pelo contrato individual à agravada é 130% maior). Há nessa conduta uma patente violação ao dever de lealdade na execução do contrato, mormente porque a exclusão não se deu por qualquer conduta imputável à beneficiária.

8. De qualquer forma, o art. 30 da Lei 9.656/98 dispõe sobre o direito de permanência dos dependentes em caso de morte de empregados titulares de planos de saúde coletivos empresariais, o que pode ser aplicado, por analogia, ao presente caso, por se tratar de plano coletivo empresarial no qual adveio o falecimento do titular.

9. Ainda que assim não o fosse, importante ressaltar que o plano

de saúde *sub judice* não é coletivo empresarial, mas sim, um “falso coletivo” contratado em favor de quatro vidas, o titular, sua esposa e seus dois filhos. Nesse sentido, em recente julgamento desta C. 2ª Câmara de Direito Privado, no qual prevaleceu o voto do D. Desembargador José Joaquim dos Santos, restou consignado que:

“Com efeito, colhe-se do processado que a apelante, uma modesta empresa de contabilidade, por mais de 20 anos mantém plano de saúde com a apelada. São cinco pessoas, dois sócios, presumidamente marido e mulher, mais três empregados. Todos eles contam com mais de 60 anos de idade (fls. 108). Como se vê, é uma empresa de pequeno porte, à qual se aplica os efeitos danosos de ser atraída pelos benefícios aparentes do que se denominou contrato 'falso coletivo'. Ao depois, segundo se verifica das razões de apelação, todos os beneficiários já alcançaram a aposentadoria, de sorte que, mesmo afastada a tese do 'falso coletivo', teriam o direito de continuidade no plano, nos termos do artigo 31 da Lei nº 9656/98. A propósito do 'falso coletivo', confira-se elucidativo acórdão de relatoria do eminente desembargados FRANCISCO LOREIRO que, no substancial, traz o seguinte: 'EMENTA: PLANO DE SAÚDE. Ação cominatória. Resilição unilateral de plano coletivo em decorrência do aumento da sinistralidade – Celebração de plano coletivo com microempresa tendo como beneficiários apenas integrantes do mesmo grupo familiar. Causa do contrato a indicar plano familiar, independentemente do rótulo que se dê a ele. Relevância da causa qualificar o negócio e definir seu regime mais favorável à operadora, mediante

contratação com microempresa. Não aplicação da Resolução do CONSU, que se refere a planos coletivos. Ação procedente. Recurso improvido (Apelação Cível nº 0040828-21.2012.8.26.0001, j. 08-09-2015) (Apelação Cível nº 1012168-18.2017.8.26.0100, de 30 de janeiro de 2018)

10. Ademais, o C. STJ firmou recente entendimento na tese vinculante nº 1082 no sentido de que *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.*

11. Nesse sentido, importante salientar que a agravante é portadora de esclerose múltipla, cujo custo do tratamento motivou a pretendida rescisão contratual, o que não deve prevalecer, por qualquer ângulo que se analise.

12. E, diante das peculiaridades do caso *sub judice*, não obstante o presente caso não se coadune perfeitamente com a tese supramencionada, não se pode perder de vista que a interrupção do tratamento da beneficiária e a provável obrigatoriedade de cumprimento de novos prazos de carência certamente culminará em prejuízo irreversível à sua saúde, equivalente ao quanto disposto no Tema 1082 do C. STJ.

13. O recurso da autora também não merece melhor sorte.
14. Isto porque, não vislumbro motivos ensejadores da responsabilidade de indenizar, tendo em vista que o cancelamento do plano de saúde se consubstanciou em prerrogativa contratual e pretensamente legal e, não obstante o reconhecimento da obrigatoriedade de manutenção do plano de saúde, não restou configurada situação excepcional que cause abalo moral à autora, não se tratando, no caso, de dano moral *in re ipsa*.
15. Destarte, em virtude do desacolhimento das razões recursais, majoro os honorários sucumbenciais em favor do patrono da apelada para 12% sobre o valor atualizado da causa para o advogado da autora e 12% sobre o pedido indenizatório em favor do patrono da parte ré, nos termos do artigo 85, §11 do CPC.
16. Por derradeiro, dou por prequestionados todos os dispositivos legais mencionados pela apelante e, tendo sido devidamente motivado o entendimento esposado por esta C. 2ª Câmara de Direito Privado, eventual acesso às vias especial e extraordinária não restará prejudicado.
17. Diante do exposto, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** aos recursos, nos termos da fundamentação supra.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES
RELATOR