



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000444964

DECISÃO MONOCRÁTICA Nº 866

Apelação Cível **Processo nº 1006915-51.2024.8.26.0020**

Apelante: Serviço Social da Indústria do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo
- SEPACO

Apelada: Beatriz Dias Coelho Pereira

Relator(a): MARRONE SAMPAIO

Órgão Julgador: 35ª Câmara de Direito Privado

Apelação Cível. Ação de obrigação de fazer. Reativação do plano de saúde pela operadora requerida. Cancelamento de assistência saúde supostamente realizada de forma unilateral e abusiva. Sentença de procedência que determinou que a operadora ré restabeleça os serviços relativos ao plano de saúde contratado pela autora. Apelo da requerida. Competência recursal. Causa de pedir e pedido afetos a plano de saúde e prestação de serviços a ele relativos. Matéria de competência da 1ª Subseção de Direito Privado. Art. 5º, I, 23, da Resolução 623/2013. Redistribuição determinada. Recurso não conhecido.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra sentença (fls. 159/162), cujo relatório se adota, que julgou procedente a ação de obrigação de fazer ajuizada por Beatriz Dias Coelho Pereira em face do Serviço Social da Indústria do Papel, Papelão e Cortiça do Estado de São Paulo – SEPACO, condenando a parte ré ao restabelecimento dos serviços relativos ao Plano de Saúde contratado pela autora. Em razão da sucumbência, houve a condenação da ré em custas e despesas processuais e em honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da causa.

A requerida interpõe apelação, pleiteando a reforma da sentença (fls.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

173/187). Em preliminar, alega que o juízo de origem aplicou indevidamente as normas e princípios do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que o plano de saúde objeto da demanda é administrado por entidade de autogestão. Trata-se de assistência prestada a um público restrito de beneficiários - no caso, colaboradores das indústrias papeleras - , razão pela qual o ingresso no plano possui caráter limitado. Assim, sustenta ser incabível a inversão do ônus da prova e requer a declaração de nulidade da sentença. No mérito, defende a validade da cláusula contratual que prevê a rescisão automática e unilateral do contrato de assistência médica empresarial celebrado com a autora. Argumenta que a autora permaneceu inadimplente por 78 dias. Informa que a apelada foi notificada para a regularização do pagamento da mensalidade referente ao mês de outubro de 2023, com vencimento em 20 de novembro de 2023, sob pena de suspensão e posterior cancelamento do plano após 30 dias. Todavia, a quitação do débito ocorreu apenas em 6 de fevereiro de 2024, ou seja, a inadimplência ultrapassou 30 dias contados da notificação recebida. A apelante sustenta ter observado integralmente o disposto no art. 13, II, da Lei nº 9.656/1998, uma vez que: (i) a inadimplência superou o prazo de 60 dias; (ii) houve notificação expressa para regularização do pagamento; e (iii) a comunicação ocorreu até o 50º dia de inadimplência. Diante disso, conclui pela inexistência de qualquer irregularidade em sua conduta.

Contrarrazões apresentadas (fls. 193/210).

Recurso tempestivo e preparado (fls. 188/189).

É o relatório.

O recurso não comporta conhecimento.

Nos termos do artigo 103 do Regimento Interno deste e. Tribunal de Justiça, a competência recursal se firma pelos termos do pedido inicial.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ao que se verifica, houve o ajuizamento de ação em face de operadora de saúde, visando o restabelecimento dos serviços relativos ao Plano de Saúde contratado pela autora.

Narra a autora possuir 81 anos e ser beneficiária de um plano de saúde coletivo, operado pela requerida, desde 2017, com pagamentos regulares das mensalidades. Sustenta que, ao se deslocar para São Paulo para realizar exames e procedimentos médicos relacionados a uma cirurgia necessária devido a lombalgia e cervicalgia, foi surpreendida ao descobrir, por telefone, que seu plano havia sido cancelado. Assinala que a ré alegou que o cancelamento ocorreu por inadimplência da mensalidade de novembro de 2023, embora essa tenha sido quitada em fevereiro de 2024. Aduz que as mensalidades subsequentes, de dezembro de 2023 a março de 2024, foram pagas pontualmente. Entretanto, a operadora continuou emitindo boletos sem qualquer notificação prévia sobre o cancelamento do plano. Alega que utilizou os serviços médicos sem impedimentos até março de 2024, sendo que descobriu a suspensão do plano apenas quando tentou realizar os procedimentos prescritos. Afirma que a tentativa de solucionar o problema administrativamente não obteve sucesso, agravando sua situação. Relata que, diante da idade avançada e da necessidade urgente de tratamento, o cancelamento do plano ameaça trazer danos irreparáveis à sua saúde. Além disso, contratar um novo plano seria desvantajoso, devido à perda de benefícios e à necessidade de cumprir novos prazos de carência. Sustenta que a conduta da ré é classificada como abusiva e desproporcional, violando os princípios da legislação consumerista e contratual.

A causa de pedir está fundada em suposta rescisão unilateral indevida do plano de saúde da autora.

Insta destacar que a questão não envolve a cobrança de serviços médico-hospitalares prestados a um consumidor que tenha chamado à lide seu plano de saúde, conforme previsto no Enunciado 10 da Seção de Direito Privado, nos seguintes termos:



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

"Ação relativa à prestação de serviços médico-hospitalares é de competência comum das Subseções II e III da Seção de Direito Privado, competência que não se altera por eventual denúncia da lide à operadora de plano de saúde".

A matéria, objeto do presente feito, subsume-se ao disposto no artigo 5º, I, I.23, da Resolução nº 623/2013:

Art. 5º. A Seção de Direito Privado, formada por 19 (dezenove) Grupos, numerados ordinalmente, cada um deles integrado por 2 (duas) Câmaras, em ordem sucessiva, é constituída por 38 (trinta e oito) Câmaras, também numeradas ordinalmente, e subdividida em 3 (três) Subseções, assim distribuídas:

I - Primeira Subseção, composta pelas 1ª a 10ª Câmaras, com competência preferencial para o julgamento das seguintes matérias:

I.23 - Ações e execuções relativas a seguro-saúde, contrato nominado ou inominado de plano de saúde, individual, coletivo ou empresarial, inclusive prestação de serviços a ele relativo;

A competência recursal é, pois, da c 1ª Subseção de Direito Privado.

Dessa forma, recurso não pode ser conhecido por esta relatoria, impondo-se a remessa dos autos à 1ª Subseção de Direito Privado.

Ante o exposto, **NÃO SE CONHECE** do recurso, determinada a redistribuição.

São Paulo, 7 de maio de 2025.

MARRONE SAMPAIO
Relator