



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000448064

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1006862-98.2024.8.26.0625, da Comarca de Taubaté, em que são apelantes/apelados CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A, são apelados/apelantes LUIZ HENRIQUE SANT ANA ANTUNES (POR SI E REPRESENTANDO MENOR), MARIA ISIS MIRAVETE ANTUNES (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e CAMILA MIRAVETE ANTUNES (POR SI E REPRESENTANDO MENOR).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento aos recursos das rés e deram parcial provimento ao recurso dos autores. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente) E DONEGÁ MORANDINI.

São Paulo, 8 de maio de 2025.

MARIO CHIUVITE JUNIOR

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Processo nº 1006862-98.2024.8.26.0625

Apelantes/Apelados: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA

Apelados/Apelantes: LUIZ HENRIQUE SANT'ANA ANTUNES e outros

Apelados/Apelantes: QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A

Comarca: Taubaté - 3ª Vara Cível

Juiz prolator: Rodrigo Valério Sbruzzi

VOTO Nº 7460

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. CONTRATOS. PLANO DE SAÚDE. RECURSOS DAS RÉS DESPROVIDOS. APELO DOS AUTORES PROVIDO PARCIALMENTE.

I. Caso em exame:

Recursos de apelação interpostos contra sentença que julgou procedentes os pedidos para: tornar definitiva a tutela de urgência, determinar a reativação do plano de saúde, condenar as rés, solidariamente, ao pagamento de danos materiais no valor de R\$ 723,27, condenar ao pagamento de danos morais no valor de R\$ 3.000,00, fixar honorários advocatícios em 10% sobre o valor atualizado da condenação. As partes demandantes recorrem. A Unimed alegando ilegitimidade passiva; afastamento da aplicação do Código de Defesa do Consumidor; inexistência de falha na prestação do serviço; ausência de danos materiais e morais; pedido subsidiário de redução da indenização por danos morais. A Qualicorp sustenta ilegitimidade passiva; ausência de relação de consumo; inexistência de ato ilícito; ausência de nexo causal; pedido subsidiário de redução do valor da indenização. Os autores pretendem a devolução em dobro da quantia de R\$ 123,27 referente à mensalidade indevidamente cobrada; a majoração da indenização por danos morais para R\$ 12.000,00 e a fixação dos honorários advocatícios por apreciação equitativa.

II. Questão em discussão:

2. Consiste em definir os seguintes temas: (i) análise da legitimidade passiva das rés; (ii) aplicação do Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde; (iii) verificação da existência de falha na prestação dos serviços, especialmente no cancelamento unilateral do plano sem prévia notificação específica; (iv) responsabilidade solidária entre administradora e operadora de saúde; (v) dever de indenizar por danos morais, com discussão sobre o cabimento, majoração ou redução do quantum indenizatório; (vi) restituição em dobro do valor pago

indevidamente (R\$ 123,27) relativo à mensalidade; (vii) reembolso simples de despesas médicas particulares (R\$ 600,00); (viii) fixação dos honorários por apreciação equitativa; (ix) majoração dos honorários advocatícios sucumbenciais.

III. Razões de decidir

3. Rejeitam-se as preliminares de ilegitimidade passiva, pois ambas as rés integram a cadeia de fornecimento de serviços de saúde, respondendo solidariamente pelos danos causados, nos termos dos artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, do Código de Defesa do Consumidor.

4. O Código de Defesa do Consumidor aplica-se aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula nº 608 do STJ, sendo inarredável a proteção ao consumidor, destinatário final do serviço de assistência à saúde.

5. Configurada falha na prestação dos serviços, consistente no cancelamento unilateral e indevido do plano de saúde dos autores, sem a observância da obrigatória notificação prévia para purga da mora, em desrespeito à Lei nº 9.656/1998 e à Súmula nº 94 do TJSP.

6. O rompimento da relação entre operadora e administradora de benefícios não justifica a descontinuidade da cobertura assistencial aos beneficiários, que devem ser migrados para plano equivalente, conforme Resolução CONSU nº 19/1999 e Tema 1082 do STJ.

7. Presente situação de especial vulnerabilidade dos autores (varão portador de doença grave, recém-nascida e coautora puérpera), que impunha diligência e cuidado redobrados por parte das rés.

8. Majoração da indenização por danos morais de R\$ 3.000,00 para R\$ 6.000,00, considerados a gravidade do dano, a extensão dos prejuízos, a pluralidade de vítimas e a necessidade de atribuição de caráter punitivo-pedagógico à condenação, montante este a ser corrigido monetariamente, a partir do arbitramento (publicação da sentença), a teor da Súmula 362 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, segundo a Tabela Prática do Egrégio TJSP, e com juros moratórios, pela SELIC, descontada a taxa de correção monetária, incidentes a partir da citação, observando-se o disposto na Lei nº 14.905/2024 .

9. Devolução em dobro do valor pago a título de mensalidade indevidamente cobrada (R\$ 123,27), e reembolso simples da despesa com consulta médica particular (R\$ 600,00), ambos com correção monetária desde os desembolsos e juros de mora a partir da citação.

10. Recursos das rés desprovidos. Recurso dos autores provido parcialmente para majorar o valor da indenização por danos morais de R\$ 3.000,00 para R\$ 6.000,00, determinar a restituição em dobro do valor pago a título de mensalidade indevida (R\$ 123,00), mantendo-se a restituição simples em relação ao valor pago pela consulta médica particular (R\$ 600,00), desacolhendo-se a pretensão

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

de fixação dos honorários advocatícios por equidade.

IV. Dispositivo e Tese

11. Recursos das rés desprovidos. Recurso dos autores provido parcialmente.

Tese de julgamento:

1. A rescisão unilateral de contrato de plano de saúde sem prévia notificação específica é abusiva e enseja o dever de indenizar. 2. Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor às relações jurídicas firmadas entre consumidor e operadoras ou administradoras de plano de saúde. 3. Presente a cobrança indevida, impõe-se a restituição em dobro do valor indevidamente cobrado a título de mensalidade do plano de saúde, uma vez que não se insere no conceito de engano justificável, nos termos do artigo 42, parágrafo único, do CDC. 4. Danos morais decorrentes da suspensão indevida de cobertura de plano de saúde em situação de vulnerabilidade dos beneficiários devem ser compensados de forma compatível com a gravidade do ilícito. 5. O pedido de fixação da verba honorária por apreciação equitativa não comporta acolhimento, uma vez que a condenação imposta já permite base de cálculo proporcional e suficiente à aplicação do critério legal objetivo (art. 85, §§ 2º e 11 do CPC). 6. Os honorários advocatícios devidos pelas rés foram fixados na Origem em 10% sobre o valor atualizado das condenações ficam majorados para 15% da mesma base de cálculo, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil. Em relação à parte autora, tendo em vista o parcial provimento do recurso, bem como a ausência de condenação dos requerentes pelo D. Juízo, é descabida a sua condenação de honorários advocatícios, de tal sorte que incide a regra de inexistência de honorários autônomos em grau recursal.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor, arts. 7º, parágrafo único, 25, §1º, 42, parágrafo único.

Lei nº 9.656/1998, art. 8º, §3º, alínea "b"; art. 13, parágrafo único, II.

Código de Processo Civil, art. 373, inciso II; art. 85, §11.

Lei nº 14.905/2024 (taxa SELIC em substituição cumulativa à correção monetária e juros).

Jurisprudência Citada:

STJ, Súmula nº 608.

STJ, Tema 1082, REsp n. 1.842.751/RS, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, Segunda Seção, j. 22/06/2022, DJe 01/08/2022.

TJSP, Apelação Cível 1017224-22.2023.8.26.0100, Rel. Donegá Morandini, j. 02/04/2024.

TJSP, Apelação Cível 1001653-66.2019.8.26.0515, Rel. Marco Fábio Morsello, j. 09/12/2020.

Vistos.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Trata-se de recursos de apelação interpostos por **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL** (fls. 373/391), **LUIZ HENRIQUE SANT'ANA ANTUNES** e **CAMILA MIRAVETE ANTUNES**, em nome próprio e na qualidade de representantes legais da menor **MARIA ÍSIS MIRAVETE ANTUNES** (fls. 396/406), e **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A** (fls. 410/420), contra a r. sentença proferida às fls. 285/296, que, em ação cominatória de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais, julgou parcialmente procedentes os pedidos para, tornando definitiva a antecipação dos efeitos da tutela, determinar a reativação do plano de saúde, além de condenar solidariamente as rés ao pagamento de R\$ 723,27, a título de danos materiais, corrigidos e acrescidos de juros conforme exposto, e, igualmente de forma solidária, ao pagamento de R\$ 3.000,00, a título de danos morais, com os encargos legais, responsabilizando-as, ainda, pelo pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da condenação.

Inconformada, a Unimed interpõe apelação, arguindo, em sede preliminar, sua ilegitimidade passiva ad causam, sob o argumento de que não detém responsabilidade direta pelos atos praticados pela administradora do contrato (Qualicorp).

No mérito, sustenta a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor, aduzindo que a relação é regida por normas específicas do setor de saúde suplementar (Lei nº 9.656/1998 e resoluções da ANS). Assevera a inexistência de falha na prestação dos serviços e ausência de danos materiais e morais.

Requer, assim, o acolhimento da preliminar e, no mérito, o desacolhimento dos pedidos, ou, subsidiariamente, a redução do valor da indenização por danos morais.

Os autores, por sua vez, interpõem apelação visando a majoração do valor fixado a título de danos morais, argumentando ser a quantia de



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

R\$ 3.000,00 inadequada diante da extensão e gravidade do dano sofrido, postulando sua elevação para R\$ 12.000,00.

Pugnam, ainda, pela devolução em dobro do valor pago a título de mensalidade considerada indevida (R\$ 123,27), nos termos do artigo 42, parágrafo único, do Código de Defesa do Consumidor, e pela majoração dos honorários advocatícios.

A corré Qualicorp, igualmente inconformada, apresenta recurso de apelação, reiterando a tese de ilegitimidade passiva, defendendo a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor à relação jurídica discutida, bem como a ausência de ato ilícito e de nexo causal.

O recurso foi distribuído em à relatoria do Desembargador Viviani Nicolau em 21/11/2024 (fls. 489), que determinou a complementação do preparo pelos autores às fls. 490).

Os autos foram posteriormente redistribuídos a este Relator na data de 09/01/2025 (fls. 499), que converteu o julgamento em diligência para que as rés complementassem o preparo (fls. 499).

Os autos retornaram conclusos para julgamento em 18/03/2025.

Recursos tempestivos, preparados, respondidos, com parecer da D. Procuradoria Geral pelo parcial provimento dos recursos das correqueridas e improvimento do apelo dos autores (fls. 484/488), **sem oposição ao julgamento virtual.**

É, em síntese, o relatório.

De proêmio, rejeitam-se as preliminares e, no mérito, restam desprovidos os recursos das rés e provido parcialmente o apelo dos autores.

Tal como o destacado alhures, cuida-se de recursos interpostos ação cominatória cumulada com indenizatória ajuizada por **LUIZ HENRIQUE SANT'ANA ANTUNES e CAMILA MIRAVETE ANTUNES**, em



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

nome próprio e na qualidade de representantes legais da menor **MARIA ÍSIS MIRAVETE ANTUNES**, em face de **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A** e **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**.

Consoante se extrai da inicial e dos documentos que a instruem, alegam os autores que, por intermédio da primeira requerida, contrataram plano de saúde da segunda requerida no ano de 2020. Em 24/01/2024, solicitaram a inclusão da filha recém-nascida, **Maria Ísis**, nascida em 02/01/2024, a partir de 01/02/2024, considerando que, nos primeiros 30 dias de vida, a criança estaria coberta pela extensão de cobertura da genitora, sendo cobrado o valor adicional de **R\$123,27** referente ao mês de janeiro/2024.

Descrevem que após diversos contatos e acreditando solucionado o impasse, foram surpreendidos, em 20/04/2024, com notificação da **QUALICORP**, informando a existência de débito no valor de **R\$123,27**, vencido em 01/03/2024, a ser quitado até 09/04/2024, sob pena de cancelamento do plano.

Os requerentes pontuam que, a despeito disso, ao acessarem o aplicativo da administradora, constataram que o plano já havia sido cancelado sem prévia comunicação formal. Por orientação da própria corrê, efetuaram o pagamento do débito para fins de reativação do contrato, embora entendendo ser a cobrança indevida.

Asseveram que apesar do pagamento, não houve reativação do plano, sendo posteriormente informados pela operadora de que o contrato com a administradora **QUALICORP** havia sido rescindido.

Ressaltam que o autor **LUIZ** é portador de Doença de Crohn e Hipertensão Arterial, necessitando de continuidade nos tratamentos médicos.

Por tais motivos, buscam a prestação da tutela jurisdicional para postular a manutenção do plano de saúde, bem como a restituição de R\$ 846,52, referentes a consultas médicas particulares realizadas em razão da suspensão do plano, ou, sucessivamente, o reembolso em dobro do valor de R\$ 1.167,99, alusivo à mensalidade paga após o cancelamento, além de indenização por danos morais no valor de R\$12.000,00 (fls. 01/21 e aditamento da inicial às fls. 90/93).



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

As rés foram regularmente citadas e apresentaram contestação.

A **CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL**, arguiu, preliminarmente, a ilegitimidade passiva. No mérito, defendeu a inexistência de falha na prestação do serviço, a ausência de danos materiais e morais, a observância do Código de Defesa do Consumidor e a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, requerendo a extinção do feito ou a improcedência dos pedidos, com a condenação dos autores nos ônus da sucumbência (fls. 108/120).

A **QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S/A**, em sua peça contestatória, reiterou os argumentos expostos pela corré, além de aduzir matérias específicas atinentes à natureza do plano médico coletivo contratado, destacando a aplicação das Resoluções nº 195 e 196 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e a prevalência da legislação específica sobre a normativa consumerista. Ao final, pleiteou a improcedência dos pedidos, com a condenação da parte autora aos encargos sucumbenciais (fls. 162/172).

O Ministério Público, instado a se manifestar, opinou pela rejeição da preliminar suscitada e pelo reconhecimento da aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor à hipótese (fls. 263/265).

Nesse cenário, sobreveio a sentença de parcial procedência, que julgou procedente o pedido inicial para, ratificando a tutela provisória de urgência, determinar a reativação do plano de saúde, assim como condenar solidariamente as rés ao pagamento de R\$723,27 a título de danos materiais, corrigidos e acrescidos de juros conforme acima exposto, além do pagamento de R\$3.000,00 a título de danos morais, com os encargos legais.

O âmbito do dissenso recursal concentra-se: a) na análise da legitimidade passiva das rés para figurar no polo passivo da demanda; b) na aplicabilidade ou não do Código de Defesa do Consumidor à relação jurídica estabelecida entre as partes; c) na verificação da existência ou não de falha na prestação dos serviços e da consequente obrigação de indenizar; d) na discussão acerca da indenização por danos morais, abrangendo: o afastamento da condenação, como pretendem as rés, ou, subsidiariamente, a sua redução; e a majoração do

quantum indenizatório, como requerido pelos autores; e) na análise do pedido dos autores quanto à devolução em dobro dos valores pagos indevidamente; f) na apreciação da pretensão de fixação dos honorários por equidade; e g) no exame do pleito de majoração da verba honorária de sucumbência.

As preliminares arguidas tanto pela Qualicorp quanto pela Unimed devem ser rejeitadas.

Assim decido porque ambas integram a cadeia de fornecimento de serviços de saúde, razão pela qual respondem solidariamente pelos danos causados, nos termos dos artigos 7º, parágrafo único, e 25, §1º, do Código de Defesa do Consumidor.

Por assim ser, **não merecem acolhida as teses de ilegitimidade passiva arguidas pelas rés.**

A pretensão de afastamento da incidência do Código de Defesa do Consumidor também não merece provimento.

O contrato de plano de saúde, ademais, subsume-se à proteção conferida pelo CDC, consoante sedimentado na Súmula nº 608 do Superior Tribunal de Justiça: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

Além disso, é pacífico o entendimento de que a relação entre consumidor e fornecedores no mercado de saúde suplementar ostenta natureza contratual, regida pelos princípios da vulnerabilidade, da boa-fé objetiva e da função social dos contratos.

Assim, **rejeitam-se as preliminares de inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor.**

No mérito, os recursos das rés não comportam acolhimento, ao passo que o apelo dos autores deve ser provido em parte.

Com efeito, restou evidenciado nos autos que o plano de saúde dos autores foi cancelado de forma unilateral, intempestiva e abusiva, sem a prévia e adequada notificação, em afronta à exigência da Lei nº 9.656/1998 e à Súmula nº 94 do Egrégio Tribunal de Justiça de São Paulo.

In casu, não se pode olvidar que, embora não exista nulidade na rescisão de contrato coletivo empresarial, desde que exista expressa



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

cláusula com tal previsão, a lei põe a salvo a rescisão do pacto quando o beneficiário encontra-se em tratamento médico cuja descontinuidade possa atingir sua incolumidade física. Essa é a hipótese dos autos.

No caso concreto, importa elucidar que o e-mail enviado pela administradora de benefícios ao coautor Luiz Henrique Sant'Ana Antunes, acostado às fls. 27, comprova que a solicitação de inclusão da dependente Maria Ísis Miravete Antunes foi processada com sucesso, com vigência fixada para 01/02/2024, em estrita consonância com as regras contratuais então vigentes.

O débito adicional decorrente da inclusão da menor, no valor de R\$ 123,27, teve vencimento em 01/03/2024, conforme consta do documento de fls. 29.

Contudo, verifica-se que, posteriormente, os autores foram surpreendidos com o cancelamento do plano de saúde, sem que houvesse prévia e específica notificação acerca da existência do suposto débito, circunstância que, à evidência, compromete a validade da rescisão contratual.

Ainda que se admitisse a possibilidade de pendência financeira, o que, de fato, não se confirma nos autos, já que o valor foi quitado em 22/04/2024 (fls. 43), a falta de adimplemento isoladamente não autoriza a imediata rescisão do contrato, nos termos da Lei nº 9.656/98, que exige, para tanto, a prévia notificação do consumidor, com a concessão de prazo para a purga da mora.

Tal exigência legal é reafirmada pela Súmula nº 94 do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, que estabelece: “Súmula 94: A falta de pagamento da mensalidade não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de dez dias para purga da mora.”

No caso vertente, os coautores alegam expressamente a ausência de notificação formal e adequada quanto ao inadimplemento.

Trata-se de alegação de fato negativo, cuja comprovação incumbiria às rés, a teor do artigo 373, inciso II, do Código de Processo Civil, o que não se deu.

Não se produziu prova cabal da existência de notificação clara acerca da pendência financeira (R\$123,27), específica e efetiva que permitisse

aos consumidores o pleno exercício do direito de purgar a mora no prazo legal, sendo certo que a ausência desse procedimento inviabiliza a extinção contratual por inadimplemento, conforme entendimento consolidado na jurisprudência e na doutrina consumerista.

Além disso, o contexto fático-objetivo revela situação de especial vulnerabilidade dos coautores: Luiz Henrique, portador de enfermidade grave (Doença de Crohn) e hipertensão arterial, encontrava-se em curso de tratamento médico contínuo e, em relação à Maria Ísis, recém-nascida, que necessitava de cuidados assistenciais básicos e imprescindíveis à sua saúde e Camila em período puerperal.

Essas circunstâncias acentuam o desvalor da conduta praticada pelas rés, que optaram pelo cancelamento sumário da cobertura, agravando a situação de risco dos beneficiários.

Percebe-se, com clareza solar, que a rescisão contratual ocorreu de maneira unilateral, intempestiva e abusiva, violando não apenas o disposto na legislação específica, mas também princípios basilares do direito das obrigações, como a boa-fé objetiva e a proteção da confiança legítima.

Tal circunstância reveste a conduta de gravidade acentuada, pois a saúde constitui direito fundamental consagrado no artigo 6º da Constituição Federal e sua proteção prioritária impõe aos fornecedores deveres reforçados de diligência, lealdade e responsabilidade.

No que tange à alegação de rompimento do vínculo entre as rés (fls. 36), observa-se que, embora verdadeiro, não afasta a responsabilidade pelas obrigações assumidas com os consumidores, tampouco justifica a descontinuidade do atendimento.

Além do mais, na esteira da comunicação enviada ao coautor Luiz, o que se vê é que apenas foi informado que a reativação do plano seria inviável em razão do encerramento do contrato entre a Central Nacional Unimed e a Qualicorp.

Esse fato, porém, refere-se à esfera interna da relação entre fornecedores, não podendo ser oposto aos consumidores como justificativa para a recusa de reativação ou continuidade da cobertura assistencial.

Nos termos da legislação de regência e das Resoluções pertinentes à matéria, em caso de extinção de contratos coletivos, incumbe às operadoras assegurar a migração dos beneficiários para planos individuais ou familiares equivalentes, sem imposição de novos períodos de carência e sem solução de continuidade no atendimento, o que não foi observado pelas rés.

Assim, à luz dos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da vulnerabilidade do consumidor, conclui-se que a rescisão do plano operou-se de maneira indevida e abusiva, legitimando a manutenção da sentença que reconheceu a falha na prestação de serviços.

Como é sabido, a operadora não pode proceder à rescisão do plano de saúde enquanto o beneficiário está utilizando o plano de saúde para tratamento médico de situações graves, como é o caso do autor, cujo tratamento é indispensável para preservar sua saúde e dignidade.

É de se observar que cancelar entendimento contrário afrontaria o disposto na Lei 9.656/98, no artigo 8º, § 3º, alínea "b", *in verbis*:

Art. 8º Para obter a autorização de funcionamento, as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem satisfazer os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

(...)

§ 3º As operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, observando os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

(...)

b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;

(...)

A situação descortinada e a conduta das rés, portanto, conflita com a tese firmada pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça por conta do julgamento do Tema 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

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

Nesta Colenda 3ª Câmara de Direito Privado está solidificado o entendimento nesse sentido, conforme o precedente a seguir, *inter plures*:

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. Sentença de parcial procedência. Irresignação da ré. Não acolhimento. Rescisão unilateral pela operadora. Descabimento, no caso, à vista de que a filha da autora se encontra em tratamento de enfermidade e iniciado durante a cobertura. Aplicação, por analogia, do disposto no artigo 13, III, da Lei n. 9.656/98. Precedente. Proteção à saúde da beneficiária que deve ser resguardada. Observância, ademais, ao Tema 1.082 do C. STJ. Alegação de que não comercializa plano individual. Afastamento. Resolução CONSU nº 19 que obriga a operadora a disponibilizar contrato individual ou familiar, sem aplicação de período de carência, aos beneficiários do plano coletivo rescindido. Sentença mantida. Honorários majorados (art. 85, §11, CPC). APELO DESPROVIDO. (Apelação 1017224-22.2023.8.26.0100; Relator(a): Donegá Morandini; Data do julgamento: 02/04/2024; Data de publicação: 02/04/2024).

Destarte, **ratifica-se a sentença na parte que apontou a ilicitude da conduta praticada pelas rés, de forma irretocável**, reconhecendo a abusividade do cancelamento do contrato unilateralmente, em harmonia com o previsto no artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor.

Contudo, o fragmento do decisum, referente aos danos materiais, deve ser parcialmente modificado.

Assim decido porque restaram incontroversas nos autos as despesas suportadas pelos autores, no valor de R\$ 723,27, referentes à mensalidade de R\$ 123,27 e mais R\$ 600,00 desembolsados a título de consulta médica, cabendo às rés, solidariamente restituí-las.

A despeito disso, vislumbra-se que os danos materiais foram de duas ordens diferentes: uma referente à cobrança da mensalidade e a outro a título de reembolso do valor gasto com a consulta com médico particular, diante da rescisão unilateral do plano de saúde.

Dessa maneira, o que o Código de Defesa do Consumidor



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

protege, em seu artigo 42, é a cobrança indevida, o que amolda, no caso dos autos, ao valor correspondente à mensalidade, mas não abarca o reembolso das despesas com a consulta particular.

Por assim ser, a devolução em dobro circunscreve-se, somente, ao valor da mensalidade, devendo o reembolso da consulta médica seguir de forma simples, como constante originariamente na sentença.

Com efeito, reconhecida a relação de consumo, o artigo 42, parágrafo único, do CDC, é claro ao dispor que “o consumidor cobrado em quantia indevida tem direito à repetição do indébito, por valor igual ao dobro do que pagou em excesso, acrescido de correção monetária e juros legais, salvo hipótese de engano justificável”. Assim como já entendeu este E. Tribunal:

Ação declaratória de inexigibilidade de débito cumulada com pedido de restituição de valores e danos morais - Sentença de parcial procedência para declarar a inexigibilidade do débito e condenar a ré a restituir, de forma simples, os valores cobrados - Irresignação do autor, que requereu a condenação por danos morais e a repetição do indébito em dobro - Ato ilícito configurado, em face da perturbação psíquica intensa gerada com a subtração dos recursos de natureza alimentar de forma indevida, lesiva ao arquétipo do denominado direito geral de personalidade da vítima, em cotejo com as peculiaridades do caso - **Cobrança indevida de valores - Restituição em dobro - Violação ao princípio da boa-fé objetiva pela instituição financeira** - Sentença parcialmente reformada para condenar a ré à indenização por danos morais no montante de R\$ 5.000,00 e a restituição em dobro dos valores cobrados - Recurso provido. (Apelação Cível 1001653-66.2019.8.26.0515; Relator: Marco Fábio Morsello; 11ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 09/12/2020; Data de Registro: 09/12/2020)

Noutro lado, o C. Superior Tribunal de Justiça superou o posicionamento anterior que condicionava a devolução em dobro, ao consumidor, do valor pago ao fornecedor, à comprovação de má-fé na cobrança indevida.

Confira-se:

EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PROCESSUAL CIVIL.

TELEFONIA FIXA. COBRANÇA INDEVIDA. AÇÃO DE REPETIÇÃO DE INDÉBITO DE TARIFAS. 1) RESTITUIÇÃO EM DOBRO DO INDÉBITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO 42 DO CDC). DESINFLUÊNCIA DA NATUREZA DO ELEMENTO VOLITIVO DO FORNECEDOR QUE REALIZOU A COBRANÇA INDEVIDA. DOBRA CABÍVEL QUANDO A REFERIDA COBRANÇA CONSUBSTANCIAR CONDUTA CONTRÁRIA À BOA-FÉ OBJETIVA. 2) APLICAÇÃO DO PRAZO PRESCRICIONAL DECENAL DO CÓDIGO CIVIL (ART. 205 DO CÓDIGO CIVIL). APLICAÇÃO ANALÓGICA DA SÚMULA 412/STJ. 3) MODULAÇÃO PARCIAL DOS EFEITOS DA DECISÃO. CONHECIMENTO E PROVIMENTO INTEGRAL DO RECURSO.

[...]

3. Quanto ao citado parágrafo único do art. 42 do CDC, abstrai-se que a cobrança indevida será devolvida em dobro, "salvo hipótese de engano justificável". Em outras palavras, se não houver justificativa para a cobrança indevida, a repetição do indébito será em dobro. A divergência aqui constatada diz respeito ao caráter volitivo, a saber: se a ação que acarretou cobrança indevida deve ser voluntária (dolo/má-fé) e/ou involuntária (por culpa).

4. O próprio dispositivo legal caracteriza a conduta como engano e somente exclui a devolução em dobro se ele for justificável. Ou seja, a conduta base para a repetição de indébito é a ocorrência de engano, e a lei, rígida na imposição da boa-fé objetiva do fornecedor do produto ou do serviço, somente exclui a devolução dobrada se a conduta (engano) for justificável (não decorrente de culpa ou dolo do fornecedor).

5. Exigir a má-fé do fornecedor de produto ou de serviço equivale a impor a ocorrência de ação dolosa de prejudicar o consumidor como requisito da devolução em dobro, o que não se coaduna com o preceito legal. Nesse ponto, a construção realizada pela Segunda Seção em seus precedentes, ao invocar a má-fé do fornecedor como fundamento para afastar a duplicação da repetição do indébito, não me convence, pois atribui requisito não previsto em lei.

6. A tese da exclusividade do dolo inviabiliza, por exemplo, a devolução em dobro de pacotes de serviços, no caso de telefonia, jamais solicitados pelo consumidor e sobre o qual o fornecedor do serviço invoque qualquer "justificativa do seu engano". Isso porque o requisito

subjetivo da má-fé é prova substancialmente difícil de produzir. Exigir que o consumidor prove dolo ou má-fé do fornecedor é imputar-lhe prova diabólica, padrão probatório que vai de encontro às próprias filosofia e ratio do CDC.

7. Não vislumbro distinção para os casos em que o indébito provém de contratos que não envolvam fornecimento de serviços públicos, de forma que também deve prevalecer para todas as hipóteses a tese, que defendi acima, de que tanto a conduta dolosa quanto culposa do fornecedor de serviços dá azo à devolução em dobro do indébito, de acordo com o art. 42 do CDC. Nessas modalidades contratuais, também deve prevalecer o critério dúplice do dolo/culpa. Assim, tanto a conduta dolosa quanto a culposa do fornecedor de serviços dão substrato à devolução em dobro do indébito, à luz do art. 42 do CDC.

[...]

(EAREsp n. 676.608/RS, relator Ministro Og Fernandes, Corte Especial, julgado em 21/10/2020, DJe de 30/3/2021.)

Não há, frisa-se, qualquer prova de engano justificável a afastar a incidência do art. 42, parágrafo único, do CDC, **razão pela qual é devida a restituição dobrada dos valor ilegalmente cobrado, a título de mensalidade do plano de saúde e, na forma simples, do quantum devido a ser reembolsado referente ao valor despendido com o pagamento da consulta médica particular.**

Desse modo, registra-se que a condenação das rés à restituição simples do valor despendido com consulta médica particular (R\$ 600,00), já constante da sentença, foi mantida, não havendo reforma neste aspecto, razão pela qual os recursos das corrés não comportam provimento também nesse ponto.

Lado outro, com a reforma parcial ora timbrada, mantém-se a sentença na parte relativa à devolução simples do valor do dano material referente à consulta médica (R\$ 600,00), alterando-se o julgado para que a devolução seja processada em dobro somente em relação ao valor da

mensalidade indevidamente cobrada de R\$ 123,27, mantendo-se a restituição simples do valor de R\$ 600,00 referente à consulta médica particular, por não se tratar de cobrança indevida, mas de despesa decorrente de falha na prestação do serviço. Para ambos os valores devem incidir atualização monetária pela Tabela Prática do TJSP a partir da data do desembolso e juros moratórios pela taxa SELIC, descontada a correção, desde a citação, conforme preconizado pela Lei nº 14.905/2024.

Conclui-se, nesse tópico, portanto, que não há reforma quanto ao valor da consulta médica particular, cuja restituição simples permanece, em consonância com os limites do pedido recursal, devendo apenas ser determinada a repetição em dobro do valor pago a título de mensalidade indevidamente cobrada.

No que diz respeito **aos danos morais**, igualmente deve ser reformada a r. sentença, acolhendo-se a pretensão dos autos e desprestigiando-se as teses recursais das rés.

De fato, a situação experimentada pelos requerentes trouxe danos extrapatrimoniais passíveis de indenização.

A peculiaridade do caso, qual seja, um paciente portador de doença grave, uma recém-nascida em fase crucial de desenvolvimento e com consultas e retornos importantes ao pediatra e uma mulher na fase do puerpério, todos privados da assistência médica, confere especial gravidade ao dano experimentado.

Soma-se a isso a **pluralidade de vítimas** (três autores diretamente atingidos), circunstância que não pode ser ignorada na fixação do quantum indenizatório.

Revela-se, *in casu*, que ação e omissão das rés-apelantes impuseram aos autores abalos morais que ultrapassaram a seara dos meros aborrecimentos cotidianos.

Sendo assim, inevitável é reconhecer a configuração da responsabilidade civil versada nos artigos 186 e 927, ambos do Código Civil.

Nesse cenário, cumpre observar o que dispõe SÉRGIO CAVALIERI FILHO: *“Na fixação do quantum debeat da indenização, mormente tratando-se de lucro cessante e dano moral, deve o juiz ter em mente o princípio de que o dano não pode ser fonte de lucro. A indenização, não há dúvida, deve ser suficiente para reparar o dano, o mais completamente possível, e nada mais. Qualquer quantia a maior importará enriquecimento sem causa, ensejador de novo dano.”* (In Programa de Responsabilidade Civil, 16ª ed. – Barueri [SP]: Atlas, 2023, p. 122).

A despeito disso, vislumbra-se que o valor fixado na sentença de R\$ 3.000,00, foi módico e corresponderia a apenas R\$1.000,00 por autor, o que, frente às peculiaridades do caso, revela-se insuficiente para atender aos princípios da razoabilidade, da proporcionalidade e da função pedagógica da responsabilidade civil.

Dessa forma, impõe-se a majoração da indenização para R\$6.000,00, corrigido monetariamente, a partir do arbitramento (publicação da sentença), a teor da Súmula 362 do Colendo Superior Tribunal de Justiça, segundo a Tabela Prática do Egrégio TJSP, e com juros moratórios, pela SELIC, descontada a taxa de correção monetária, incidentes a partir da citação, observando-se o disposto na Lei nº 14.905/2024, quantia esta que se mostra apta a inibir a reiteração de condutas semelhantes e ressarcir a parte autora pelos transtornos amargados, sendo a adoção de tal parâmetro adequado à reparação do abalo sofrido sem que, para tanto, se prestigie o enriquecimento ilícito de quaisquer das partes.

Por fim, enfrenta-se o pleito recursal dos autores referente à fixação por equidade dos honorários advocatícios, que não merece acolhimento.

Os honorários advocatícios foram fixados na Origem em 10% sobre o valor atualizado das condenações, ficando majorados para 15% da mesma base de cálculo, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil, a

despeito da mínima sucumbência recursal experimentada pela parte autora, adstrita apenas à parte relativa à devolução em dobro de parte dos danos materiais.

Rejeita-se, contudo, o pleito recursal dos autores quanto à fixação da verba honorária por apreciação equitativa, nos termos do artigo 85, §8º, do CPC, porquanto inaplicável à espécie. A causa possui conteúdo econômico certo e valor expressivo, o que justifica plenamente a utilização da base percentual sobre o proveito econômico obtido, nos moldes dos §§2º e 11 do mesmo artigo. A adoção do critério equitativo, por sua vez, restringe-se às hipóteses legalmente previstas, como nas causas de valor inestimável, ou quando irrisório o proveito econômico, o que não se verifica no caso.

Dessa forma, mostra-se **correta a adoção do critério percentual sobre o valor da condenação**, como feito na origem

Daí porque, ante o acima exposto, pelo meu voto, **REJEITAM-SE A PRELIMINARES DE ILEGITIMIDADE DE PARTE E INAPLICABILIDADE DO CDC** arguidas pela Qualicorp e Unimed, **NO MÉRITO, NEGA-SE PROVIMENTO AOS RECURSOS DAS RÉS e DÁ-SE PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO DOS AUTORES** para: (i) majorar o valor da indenização por danos morais de R\$ 3.000,00 para R\$ 6.000,00, corrigido monetariamente a partir do arbitramento (publicação da sentença) e acrescido de juros de mora a contar da citação; (ii) condenar as rés à restituição em dobro da quantia de R\$ 123,27, corrigida monetariamente desde o pagamento e acrescida de juros de mora desde a citação; (iii) manter a condenação à restituição simples da quantia de R\$ 600,00, posto que não se trata de cobrança indevida, à luz do artigo 42 do CDC, mas sim de pagamento a título de indenização por dano material (consulta médica), igualmente corrigida monetariamente desde o desembolso e com juros de mora desde a citação.

Os honorários advocatícios devidos pelas rés foram fixados na Origem em 10% sobre o valor atualizado das condenações ficam majorados para 15% da mesma base de cálculo, nos termos do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil. Em relação à parte autora, tendo em vista o parcial provimento do recurso, bem como a ausência de condenação dos



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

requerentes pelo D. Juízo, é descabida a sua condenação de honorários advocatícios, de tal sorte que incide a regra de inexistência de honorários autônomos em grau recursal.

MARIO CHIUVITE JUNIOR

Relator