



▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

Apelante: AMIL ASSISTÊNCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A

Apelado: KATIA BEATRIZ DEVOLDER DE CARVALHO

Relatora: JDS *Renata de Lima Machado*

ACÓRDÃO

DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CANCELAMENTO POR INADIMPLÊNCIA DA EMPREGADORA. BENEFICIÁRIA EM TRATAMENTO MÉDICO. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL E DE OFERTA DE MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL OU FAMILIAR. DANO MORAL. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação cível interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que julgou parcialmente procedente pedido de restabelecimento de plano coletivo empresarial e condenação ao pagamento de indenização por danos morais.

2. Beneficiária e dependente estavam em tratamento de saúde relevante quando houve cancelamento do plano, motivado por inadimplência da empresa estipulante, sem notificação individual à beneficiária e sem oferta de migração para plano individual ou familiar sem carência.

3. Sentença rejeitou preliminar de ilegitimidade passiva da operadora, determinou o restabelecimento do plano, condicionando ao pagamento integral das mensalidades pela beneficiária enquanto perdurar o tratamento, e fixou indenização por danos morais em R\$ 6.000,00.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

4. Há duas questões em discussão: (i) saber se é legítima a rescisão unilateral do plano coletivo empresarial em razão de inadimplência da estipulante, sem notificação individual e sem oferta de migração à beneficiária em tratamento; e (ii) saber se há responsabilidade da operadora pelo pagamento de indenização por danos morais.

III. RAZÕES DE DECIDIR

5. O Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos contratos de plano de saúde, exceto os administrados por entidades de autogestão.

6. A operadora de plano de saúde possui legitimidade para figurar no polo passivo, pois exerce papel central na contratação, manutenção e eventual cancelamento do plano.

7. A rescisão unilateral do plano coletivo empresarial por inadimplência da estipulante exige notificação individual dos beneficiários e oferta de migração para plano individual ou familiar sem carência, conforme regulamentação específica.





▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

8. A ausência de notificação direta e de oferta de migração viola normas de proteção ao consumidor e entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça.

9. O cancelamento do plano de saúde de beneficiária e dependente em tratamento médico relevante impõe a continuidade da assistência até a alta, desde que haja o pagamento integral das mensalidades.

10. O cancelamento abrupto do plano, sem observância das normas, configura dano moral indenizável, sendo razoável o valor fixado a título de indenização.

11. Cabível a majoração dos honorários de sucumbência em grau recursal.

IV. DISPOSITIVO E TESE

12. Recurso conhecido e desprovido, com majoração dos honorários de sucumbência.

Tese de julgamento: "1. A operadora de plano de saúde coletivo empresarial deve notificar individualmente o beneficiário e ofertar migração para plano individual ou familiar sem carência em caso de rescisão por inadimplência da estipulante. 2. É devida a continuidade do atendimento ao beneficiário e dependente em tratamento médico relevante, mediante pagamento integral das mensalidades, até a alta. 3. O cancelamento do plano em tais condições configura dano moral indenizável."

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 5º, XXXII; CDC, arts. 2º, 3º, 6º, 14; CC, arts. 389, parágrafo único, 406; Súmula 608/STJ; Súmula 343/TJRJ.

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.988.124/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 07.06.2022; STJ, Tema 1082.

Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, **ACORDAM** os Desembargadores da Segunda Turma do Segundo Núcleo Digital Em Segundo Grau - Saúde Suplementar do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, nos termos da Certidão de Julgamento.

Rio de Janeiro, na data da sessão de julgamento.

Renata de Lima Machado
Relatora





▲ **Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)**

RELATÓRIO

Trata-se de Apelação Cível interposta por AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A. contra sentença de ID 228899818 proferida pelo Juízo do 6º Núcleo de Justiça 40 Saúde Privada Vara Cível da Comarca da Capital, nos autos da ação de obrigação de fazer cumulada com indenização por danos morais, ajuizada por Katia Beatriz Devolder de Carvalho em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., que julgou parcialmente procedente o pedido, determinando o restabelecimento do plano de saúde e condenando ao pagamento de indenização por danos morais.

Na petição inicial, a parte autora narrou que era beneficiária do plano de saúde Amil, contratado por sua empregadora Oceanair, em regime de participação coletiva desde 2011, incluindo seu marido como dependente, com desconto da mensalidade em folha de pagamento.

Alegou que, ao tentar realizar consulta em 8 de julho de 2019, foi surpreendida com a informação de que o plano havia sido cancelado. Sustentou que, ao contatar a operadora, foi informada de que o cancelamento se deu a pedido da empresa, atingindo todos os funcionários, sem prévia comunicação, sendo tal fato objeto de ação civil pública proposta pelo sindicato da categoria.

Afirmou ser portadora de tumor na cabeça (microprolactinoma) e necessitar de tratamento psiquiátrico, enquanto seu marido, também dependente do plano, fora diagnosticado com hérnia de disco, com indicação de cirurgia.

Diante disso, requereu a concessão de tutela de urgência para restabelecimento do contrato para si e seu dependente, sem carência, e a condenação da operadora ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 8.000,00, além da confirmação da tutela e demais providências cabíveis.

A sentença rejeitou a preliminar de ilegitimidade passiva arguida pela operadora, reconhecendo que esta exerce papel central na contratação, manutenção e eventual cancelamento do plano, sendo imprescindível sua atuação para assegurar a preservação do contrato em favor dos beneficiários.



**Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro
Segunda Turma do Segundo Núcleo Digital Em
Segundo Grau - Saúde Suplementar**



▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

No mérito, o Juízo de origem analisou a controvérsia sobre a legalidade da rescisão unilateral do plano coletivo empresarial, reconhecendo que, embora a legislação permita o cancelamento por inadimplência da estipulante, a autora e seu dependente estavam em tratamento de saúde, sendo ela portadora de doença grave e seu marido com indicação cirúrgica, o que impõe a continuidade do atendimento, conforme entendimento consolidado do Superior Tribunal de Justiça e a tese firmada no Tema 1082.

Considerou, ainda, que a ausência de notificação direta à beneficiária e a não oferta de plano individual ou familiar sem carência violaram normas regulatórias e princípios de proteção ao consumidor.

Assim, julgou parcialmente procedente o pedido para condenar a operadora a restabelecer o convênio médico da autora e de seu dependente, mantendo todas as condições originalmente pactuadas, desde que a autora arque integralmente com as mensalidades, enquanto perdurar a necessidade do tratamento, até a efetiva alta, sob pena de multa diária em caso de descumprimento, e ao pagamento de R\$ 6.000,00 a título de danos morais, corrigidos monetariamente a partir da sentença e acrescidos de juros de mora a partir da citação, além das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% do valor atualizado da condenação.

Segue o dispositivo da sentença:

“(…) Pelo exposto JULGO PROCEDENTE EM PARTE OS PEDIDOS para condenar a ré a 1 restabelecer o convênio médico da autora e de seu dependente no prazo de 30 dias a contar da intimação pessoal mantendose todas as condições originalmente pactuadas desde que a autora arque integralmente com as mensalidades respectivas enquanto perdurar a necessidade do tratamento até efetiva alta sob pena de multa diária a ser fixada em caso de descumprimento, e a pagar R\$ 6000,00 (seis mil reais) a título de danos morais corrigidos monetariamente a partir da sentença calculado conforme o artigo 389 parágrafo único do Código Civil e acrescido de juros de mora a partir da citação calculados conforme artigo 406 e parágrafos do Código Civil Condene a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios que fixo em 10% do valor atualizado da condenação”.

A ré interpôs apelação, sustentando, em síntese, que o Juízo de origem valorou incorretamente a questão, reconhecendo a possibilidade de cancelamento do





▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

plano por inadimplência, mas impedindo o cancelamento em razão de tratamento de saúde, aplicando equivocadamente o Tema 1082 do Superior Tribunal de Justiça.

Alegou que a autora teve ciência do cancelamento em julho de 2019, mas somente ajuizou a demanda em maio de 2022, quase três anos depois. Defendeu que não havia obrigatoriedade de manutenção do plano, pois todos os requisitos legais foram observados, inclusive o envio de notificação de inadimplência à estipulante, e que não houve comprovação de fato gerador de danos morais.

Requeru o reconhecimento de ilegitimidade passiva, pois a beneficiária estava vinculada ao contrato coletivo firmado entre a operadora e sua ex-empregadora, cuja vigência se encerrou por inadimplência, atingindo todos os beneficiários.

Ressaltou que a responsabilidade pela migração dos beneficiários é exclusiva da empresa estipulante, não havendo ilicitude na conduta da operadora. Defendeu a impossibilidade de manutenção do plano extinto, a inexistência de falha na prestação de serviços e a ausência de dano moral, pugnando pela improcedência dos pedidos ou, subsidiariamente, pela redução do valor fixado a título de indenização[ID238002615].

A parte recorrida apresentou contrarrazões, defendendo a manutenção da sentença e argumentando que o cancelamento do plano sem notificação direta à beneficiária em tratamento configura grave afronta à legislação, à dignidade humana e o entendimento vinculante do Superior Tribunal de Justiça.

Ressaltou que a autora ajuizou ações anteriores, inclusive perante a Justiça do Trabalho, demonstrando que não houve demora injustificada na busca do Judiciário. Alegou que a operadora não ofertou plano individual ou familiar sem carência, em descumprimento às normas aplicáveis, e que a interrupção do plano agravou seu quadro de saúde e de seu dependente. Requeru o desprovimento do recurso e a majoração dos honorários advocatícios [ID266081351].

É o relatório.



▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

VOTO

Presentes os requisitos de admissibilidade, passo a apreciar o recurso.

As partes se subsomem aos conceitos de consumidor e fornecedor previstos nos arts. 2º e 3º Código de Proteção e Defesa do Consumidor, sendo este o diploma legal aplicável à espécie, sendo certo que tal legislação é aplicável à relação ora discutida ainda por força da súmula 608 do STJ, segundo a qual “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”. Notadamente, estamos diante de contrato de plano de saúde não correlacionado a entidade de autogestão.

Nos termos do artigo 14 do CDC, o “*fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços*”.

Em análise das preliminares recursais, verifica-se que a recorrente suscita ilegitimidade passiva, argumentando que a responsabilidade pela migração dos beneficiários seria exclusiva da empresa estipulante, não da operadora de saúde. Contudo, tal alegação é de ser rejeitada, ante o papel central da operadora na contratação, manutenção e eventual cancelamento do plano, sendo imprescindível sua manifestação para assegurar a preservação do contrato em favor dos beneficiários.

Não se vislumbra, portanto, nulidade processual ou ausência de legitimidade da parte ré para figurar no polo passivo, razão pela qual a preliminar deve ser afastada.

Superadas as questões preliminares, passa-se ao exame do mérito recursal.

A controvérsia reside na legalidade da rescisão unilateral do plano de saúde coletivo empresarial, especialmente diante da situação de beneficiários em tratamento médico relevante.

A recorrente sustenta que o cancelamento foi realizado por inadimplência da empresa estipulante, com envio de notificações prévias, conforme documentação juntada aos autos (Ids 45917919, 45917924 e 45917925). Argumenta que não há obrigação de manutenção do plano após a extinção do vínculo contratual, nem responsabilidade da operadora por eventual prejuízo sofrido pela autora.



▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

O exame dos documentos revela que a rescisão do contrato coletivo se deu por inadimplência da empresa estipulante do contrato coletivo empresarial, com envio de notificações à empregadora, mas não há prova de que a autora tenha sido pessoalmente notificada acerca do cancelamento, tampouco de que tenha sido ofertada a possibilidade de migração para plano individual ou familiar sem carência, conforme exigido pela regulamentação específica.

Nesse sentido, existe precedente do STJ em caso análogo de cancelamento do serviço por fato imputável ao estipulante e no qual se reconheceu a necessidade de notificação dos beneficiários para eventual exercício do direito de portabilidade:

RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚM. 284/STF. CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. INATIVIDADE DA EMPRESA. ROMPIMENTO DO VÍNCULO COM A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE. RESCISÃO UNILATERAL PELA OPERADORA. INOBSERVÂNCIA DO DEVER DE NOTIFICAR OS BENEFICIÁRIOS. 1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 28/09/2020, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 01/09/2021 e concluso ao gabinete em 07/03/2022. 2. O propósito recursal é decidir sobre a validade da rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo pela operadora, motivada pela irregularidade cadastral da empresa a que estavam vinculados os beneficiários. 3. Os argumentos invocados pela recorrente não demonstram como o Tribunal de origem ofendeu os dispositivos legais indicados, o que importa na inviabilidade do recurso especial (súm. 284/STF). 4. A inatividade da empresa implica o rompimento do vínculo havido entre o titular e a pessoa jurídica contratante. Por isso, é circunstância que impede o cumprimento dos requisitos de elegibilidade previstos nos arts. 5º e 9º da Resolução 195/2009, indispensáveis à celebração e à manutenção do contrato de plano de saúde coletivo, e que, portanto, autoriza a exclusão ou a suspensão da assistência à saúde dos beneficiários do plano coletivo (art. 18, parágrafo único, II, da Resolução Normativa 195/2009 da ANS). 5. Não há falar em violação da boa-fé objetiva pela operadora que rescinde o contrato de plano de saúde coletivo por irregularidade cadastral da pessoa jurídica contratante, se os recorridos – únicos sócios e exclusivos beneficiários do plano de saúde – tinham ciência da inatividade da empresa, de modo que não poderiam nutrir a expectativa ou a confiança de que o contrato, ainda assim, seria mantido, ao arrepio da lei e da norma regulamentar pertinentes. 6. **A publicação, em jornal de grande circulação, de notificação da empresa para providenciar a comprovação de seu registro nos órgãos competentes, no prazo de sessenta dias, sob pena de resolução contratual, não supre a necessidade de notificação dos beneficiários do plano, porquanto não assegura a ciência inequívoca destes sobre o direito de optar por plano individual/familiar da mesma operadora, sem cumprimento de novos prazos de carência, ou de exercer a portabilidade, nos moldes do que preceituam o art. 2º da Resolução Normativa 19/1999 do Consu e o § 1º do art. 8º da Resolução Normativa 438/2018 da ANS, respectivamente.** 7. Recurso especial conhecido em parte e, nessa extensão, parcialmente provido (RECURSO ESPECIAL Nº 1.988.124 - SP (2022/0058110-4) RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI, Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, julgado em 07/06/2022, DJe: 13/06/2022).



▲ Apelação Cível nº 0806860-07.2022.8.19.0002 (2)

Ademais, restou comprovado nos autos que a autora e seu dependente estavam em tratamento de patologias graves, com necessidade de exames periódicos e procedimentos cirúrgicos (Ids 18953276 a 18953278), circunstância que, à luz do entendimento jurisprudencial, impõe a continuidade da assistência até a efetiva alta médica, desde que o beneficiário arque integralmente com as mensalidades.

Nesse sentido, tese firmada pelo STJ no tema de recursos repetitivos nº 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”*.

No tocante à alegação de ausência de dano moral, verifica-se que o cancelamento do plano em momento crítico, sem observância das normas de proteção ao consumidor e sem oferta de alternativa de manutenção do vínculo, configura violação à dignidade da pessoa humana, gerando abalo psicológico e prejuízo à saúde da autora e de seu dependente. A fixação de indenização, contudo, deve observar os princípios da razoabilidade e proporcionalidade, evitando enriquecimento indevido, mas reconhecendo o efetivo prejuízo suportado.

No tocante ao *quantum* fixado de R\$6.000,00 (seis mil reais), entendo que razoável e proporcional ao caso posto em julgamento, não demandado reforma, nos exatos termos da súmula 343 deste e. TJRJ, segundo a qual *“A verba indenizatória do dano moral somente será modificada se não atendidos pela sentença os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade na fixação do valor da condenação”*.

Por isso, tem-se que a sentença recorrida merece ser mantida.

Por fim, cabível a majoração dos honorários de sucumbência em 5%, para o total de 15% sobre o valor da condenação.

À conta de tais fundamentos, **voto no sentido de conhecer e negar provimento ao recurso**, majorando os honorários de sucumbência em 5%, para o total de 15% sobre o valor atualizado da condenação.

Rio de Janeiro, na data da sessão de julgamento.

Renata de Lima Machado
Relatora

