



APELAÇÃO CÍVEL Nº 0816631-38.2024.8.19.0002

APELANTE: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A

APELADO: ADELIA DE OLIVEIRA LIMA

RELATOR: DESEMBARGADOR MARCELO ALMEIDA DE MORAES MARINHO

ACÓRDÃO

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. PRETENSÃO DE QUE A RÉ SE ABSTENHA DE CANCELAR UNILATERALMENTE O PLANO DE SAÚDE COLETIVO DA PARTE AUTORA. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INCONFORMISMO DA RÉ. SENTENÇA QUE NÃO MERECE REPARO. RECURSO DESPROVIDO.

Depois de relatada e discutida a matéria objeto da impugnação recursal, ACORDAM os Desembargadores que integram a Vigésima Primeira Câmara de Direito Privado do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por maioria, em **NEGAR PROVIMENTO** ao recurso, nos termos do voto do Relator.

Na forma regimental (art. 164 do RITJERJ), adota-se o relatório da sentença (index 215303364) assim redigido:

“ADELIA DE OLIVEIRA LIMA ajuizou AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA, em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., alegando que é associada na Entidade “Programa de Benefícios Bote Fé” e, por intermédio da administradora de benefícios “Saluplan Administradora de Benefícios Ltda”, é beneficiária do plano de saúde da empresa Ré, por Contrato Coletivo por Adesão, categoria Amil S450 QC, enfermária, com cobertura ambulatorial, hospitalar e obstetrícia



pagando, todos os meses, pontualmente, as contraprestações mensais. Narrou que possui 85 anos de vida, tendo havido complicações em seu quadro de saúde, uma vez que é portadora de Demência tipo Alzheimer, estando com a saúde mental debilitada. Relatou que através da autorização da Operadora de saúde é tratada por uma equipe médica, tendo a ré conhecimento da gravidade do seu quadro clínico. Mencionou que recebeu uma comunicação via e-mail, com a decisão unilateral e imotivada do convênio réu em cancelar repentinamente e injustificadamente todos os planos de saúde dos beneficiários da administradora “Saluplan” do Contrato Coletivo pro Adesão-Administradora- 600 ADS, consequentemente com o cancelamento do seu plano de saúde, com efeito a partir do dia 18 de maio de 2024. Destacou que a continuação dos seus procedimentos e acompanhamentos médicos não só é indispensável, mas também representam uma rotina de manutenção que previne complicações potencialmente fatais associadas à sua condição e o agravamento das mesmas. Defendeu que o cancelamento do plano de saúde, sem qualquer justificativa, ainda mais neste momento delicado o qual demanda cuidados e atenção, revela-se deveras abusivo, não sendo fornecida nenhuma explicação para tal rescisão, nem alternativas ou soluções para o seu tratamento em andamento, deixando-a em uma situação de extrema vulnerabilidade, razão pela qual se faz necessário a autorização da permanência do plano de saúde em questão, não restando alternativa à beneficiária senão socorrer-se do Poder Judiciário. Requereu: justiça gratuita; processamento prioritário especial; a concessão da tutela de urgência para que a Ré seja compelida a disponibilizar novo plano de saúde com igual valor e cobertura, dispensando-se prazos de carência, já cumpridas do plano coletivo por adesão, sem interrupção de atendimento até a efetiva migração; sejam julgados procedentes os pedidos com a confirmação da tutela antecipada requerida. A petição inicial de id. 118985648 veio instruída com documentos de id. 118987914/ 118987915 e 118987903/ 118987903.

A decisão de id. 119316725 deferiu a gratuidade de justiça à autora e a tutela de urgência, determinando à ré que proceda à portabilidade da autora a plano individual credenciado à

mesma, sem cumprimento de novos prazos de carência, mantendo-se as coberturas e abrangência compatíveis com o plano de origem, sem interrupção de seu tratamento, no prazo de 05 dias, sob pena de multa diária fixada em R\$1.000,00 (Hum mil reais).

Intimação para cumprimento de tutela e citação da ré no id. 119359674 e 119394531.

Em sua contestação de id. 124303297, a ré alegou, preliminarmente, o cumprimento integral e tempestivo da decisão que deferiu a tutela de urgência; a remessa dos autos para o núcleo de justiça 4.0 (saúde privada); a denúncia da lide ou inclusão no pólo passivo da administradora de benefícios e a carência da ação, diante da falta do interesse de agir, já que a ré nunca ofereceu resistência ao direito da autora. No mérito, mencionou a possibilidade de rescisão contratual de forma unilateral, sendo obrigação da Saluplan ofertar novo Plano aos beneficiários. Argumentou que a operadora, atualmente, apenas comercializa planos coletivos, não sendo possível obrigar a ré a comercializar uma modalidade de plano individual. Defendeu a impossibilidade da inversão do ônus da prova, ausência de responsabilidade pelos atos praticados por terceiros, ausência de defeito na prestação de serviços, a exigência da boa-fé das partes contratantes, a conformidade com a proteção do consumidor e o princípio do pacta sunt servanda. Requereu: que seja revogada a tutela deferida; que sejam acolhidas as preliminares suscitadas; seja julgado totalmente improcedentes os pedidos autorais; caso contrário, que os danos morais sejam reduzidos à quantia condizente. Juntou documentos de id. 124303298/ 124306208.

Réplica no id. 128669129.

Em sua petição de id. 134201328, a ré informou que não possui outras provas a produzir e nem interesse na realização de audiência, pugnando pelo julgamento antecipado da lide.

Em sua petição de id.134409496, a autora informou que não possui mais provas a produzir, requerendo o julgamento antecipado da lide.

O despacho de id. 141201139 determinou a intimação da autora, a fim de que se manifeste acerca das preliminares arguidas.

Em sua petição de id. 143765635, a autora rechaçou as preliminares arguidas pela ré e requereu a procedência dos pedidos da inicial.

A decisão de id. 182138538 estabeleceu que a denúncia da lide é vedada em ações judiciais relacionadas a consumo, de acordo com o artigo 88, do CDC, razão pela qual não há que se falar em litisconsórcio como requerido em contestação.

É O RELATÓRIO. DECIDO.”

O Juízo de origem decidiu a lide nos seguintes termos:

*“Face ao exposto, **JULGO PROCEDENTE O PEDIDO** para que a Ré seja compelida a realizar a portabilidade da autora para novo plano de saúde, mantendo-se valor, coberturas e abrangência compatíveis com o plano de origem, dispensando-se prazos de carência, já cumpridas no plano original, sem interrupção de atendimento até a efetiva migração, confirmando a tutela de urgência deferida.*

Condeno a ré ao pagamento das despesas processuais e dos honorários advocatícios que fixo em 10% (dez por cento) do valor da condenação.

Cumpridas as formalidades legais, dê-se baixa e arquivem-se.

P.I.”

A parte ré interpôs recurso de apelação (index 223070698), no qual requereu a reforma da sentença a fim de que sejam julgados totalmente improcedentes os pedidos autorais. Reitera os fundamentos da sua peça de defesa.



Contrarrazões apresentadas (index 229489977), pugnando pelo desprovemento do recurso.

É O RELATÓRIO. PASSA-SE AO VOTO.

O recurso merece ser conhecido, pois se encontram presentes os pressupostos de admissibilidade.

Trata-se de ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência ajuizada por ADELIA DE OLIVEIRA LIMA em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A.

Cabe frisar que a relação jurídica se enquadra no conceito de relação de consumo regulada pela Lei 8.078/90, norma de ordem pública, cogente e de interesse social.

No caso em tela, restou incontroverso nos autos que a parte Autora era beneficiária do plano de saúde coletivo oferecido pela ré e contratado através da administradora de benefícios SALUPLAN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA.

A Ré, ora Recorrente, argumenta que a vedação à rescisão unilateral do contrato se restringe aos planos de saúde individuais ou familiares, não sendo aplicável a norma do artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei Federal nº 9.656/98.

Com efeito, não se desconhece a referida regra. Contudo, é oportuna a reprodução de trecho da Resolução nº 19/99 do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, que autoriza a rescisão do contrato de forma unilateral, desde que a administradora do plano notifique o beneficiário e disponibilize um plano de saúde compatível com o coletivo, in verbis:



"Art. 1º: As operadoras de planos ou seguros de assistência à saúde, que administram ou operam planos coletivos empresariais ou por adesão para empresas que concedem esse benefício a seus empregados, ou ex empregados, deverão disponibilizar seguro ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar ao universo de beneficiários, no caso de cancelamento desse benefício, sem necessidade de cumprimento de novos prazos de carência.

Art. 2º: Os beneficiários dos planos ou seguros coletivos cancelados deverão fazer opção pelo produto individual ou familiar da operadora no prazo máximo de trinta dias após o cancelamento. Parágrafo Único: O empregador deve informar ao empregado sobre o cancelamento do benefício, em tempo hábil ao cumprimento do prazo de opção de que trata o caput.

Nesse sentido também é o que disciplina a Resolução nº 254 da ANS, in verbis:

"Art. 13. É garantido ao responsável pelo contrato e, nos planos individuais ou familiares e coletivos por adesão, também a cada beneficiário autonomamente, o direito e migrar para um plano de saúde da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências.

Art. 14: A migração pode ser exercida individualmente ou por todo o grupo familiar vinculado ao contrato, mediante o requerimento de cada beneficiário. § 1º A extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas cláusulas contratuais, com a assunção das obrigações dele decorrentes.

§ 2º Nos planos coletivos por adesão, a manutenção do vínculo do grupo familiar com o contrato coletivo depende da participação do beneficiário titular no contrato, ressalvada disposição em contrário.

Art. 15. Para o exercício do direito previsto no artigo anterior, é necessário que o plano de destino atenda os seguintes requisitos: I- Seja do tipo individual ou familiar ou coletivo por adesão; II- Seja compatível com o plano de origem, conforme disposto o anexo da RN nº 186, de 2009 e III- Sua faixa de preço seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de migração, na forma prevista no anexo da RN nº 186, de 2009.

A r. sentença recorrida dispôs:

"... Verifica-se no caso que a autora vem se beneficiado com o tratamento prescrito pelo seu médico, com cobertura da ré, fato que representa óbice à descontinuidade da prestação do serviço de assistência médico-hospitalar.

Não há dúvida que a ré observou os requisitos previstos no parágrafo único, do art. 17, da Resolução Normativa nº 195/2009, da ANS, notificando tempestivamente à estipulante acerca do cancelamento, sendo que essa última, por sua vez, cientificou a autora do encerramento da cobertura (id. 118987915).

Ocorre que não foi esclarecido à autora e nem foi fornecida a possibilidade dela optar por plano individual/familiar, sendo certo que a responsabilidade de oferecer a migração é da operadora de plano de saúde (ré)."



Como se vê, não há que se falar em impossibilidade de migração do plano, nas mesmas condições e termos que foram contratados.

No caso dos autos, é clara a vulnerabilidade da parte Autora, devendo prevalecer o direito à vida, sendo certo que a descontinuidade do serviço pode gerar danos irreparáveis, considerando se tratar de pessoa muito idosa (85 anos de idade), com diversos problemas de saúde, e portadora de Alzheimer, conforme laudo médico acostado aos autos (index 118987912).

Portanto, entendo que o Magistrado singular agiu com acerto ao condenar a Ré a manter o plano de saúde da parte Autora, nos mesmos termos, mediante a devida contraprestação, ou assegurar a migração para um contrato na modalidade individual ou familiar, e em condições compatíveis com as que vigiam no plano coletivo, sem a exigência de período de carência.

Nesse sentido, destacam-se o seguinte julgado desta Corte Estadual de Justiça em caso análogo:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER c/c INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RESCISÃO DE CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. NECESSIDADE DE CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO MÉDICO. FALTA DE OFERTA DE MIGRAÇÃO PARA PLANO INDIVIDUAL. IMPOSSIBILIDADE DE RESCISÃO UNILATERAL. DANO MORAL CONFIGURADO. Rescisão de contrato de seguro saúde coletivo. Necessidade de se ofertar ao consumidor a contratação de plano individual compatível com o anterior, nos termos da Resolução 19 do CONSU do Ministério da Saúde, e do art. 13 da Resolução Normativa 254 da ANS. Além disso, ainda que se reconheça à operadora do plano de saúde o direito à rescisão do contrato coletivo ou empresarial, os segurados, idosos, sofrem de graves problemas de saúde e estão em tratamento médico contínuo, que não pode ser interrompido. Precedentes do STJ. Manutenção do plano de saúde que se impõe. Dano moral configurado e indenizado





razoavelmente em R\$ 10.000,00. Recurso conhecido e não provido. (APELAÇÃO 0055230-24.2020.8.19.0001 — Relator Des(a). ANTONIO ILOIZIO BARROS BASTOS - Julgamento: 26/04/2022 - QUARTA CÂMARA CÍVEL).

Desta forma, entendo que a sentença deve ser mantida.

Diante do exposto, voto pelo **DESPROVIMENTO** do apelo, mantendo-se integralmente a sentença.

Majoram-se os honorários advocatícios fixados na sentença em 5% (cinco por cento), na forma do art. 85, § 11, do CPC.

Rio de Janeiro, na data da assinatura eletrônica.

MARCELO ALMEIDA DE MORAES MARINHO
DESEMBARGADOR RELATOR

