



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
7ª Câmara de Direito Privado

Registro: 2020.0000446583

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1089991-34.2018.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante LAERTE MACHADO DE OLIVEIRA, é apelado BRADESCO SAÚDE S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores LUIZ ANTONIO COSTA (Presidente sem voto), MARIA DE LOURDES LOPEZ GIL E JOSÉ RUBENS QUEIROZ GOMES.

São Paulo, 18 de junho de 2020.

RÔMOLO RUSSO

Relator

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

Voto nº 28.398

Apelação nº 1089991-34.2018.8.26.0100
 Comarca: São Paulo – 11ª Vara Cível do Foro Central
 Ação: Cominatória / Manutenção em plano de saúde
 Apelante: Laerte Machado de Oliveira
 Apelado: Bradesco Saúde S/A

Plano de saúde coletivo empresarial. Preliminar. Ilegitimidade passiva ad causam da operadora de saúde. Desacolhimento. Operadora de saúde que se mostra como a única que reúne condições de titularizar a obrigação e de atender ao comando legal. Empresa estipulante que não mantém mais nenhum vínculo com o segurado. Precedentes. Preliminar rejeitada.

Plano coletivo empresarial. Migração para apólice individual, sem cumprimento de carências. Sentença de improcedência. Insurgência. Acolhimento. Transferência do autor apólice individual/familiar. Inteligência do art. 7º-C da Resolução Normativa nº 186/09 da ANS e do art. 1º da Resolução nº 19/99 do CONSU. Operadora de saúde que deve permitir a portabilidade especial. Consumidor é parte hipossuficiente que não pode ser surpreendido com a abrupta ruptura da cobertura securitária. Reembolso das despesas médicas dispendidas no período de cancelamento da apólice. Cabimento. Sentença reformada. Recurso provido.

Da r. sentença (fls. 220/229) que julga improcedente a ação; apela o autor vencido pleiteando a reforma do julgado.

Em suas razões recursais (fls. 232/247), articula, em síntese, que cancelamento do benefício, vez que o apelante foi surpreendido com o cancelamento do plano em vigor há 8



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

anos, pouco importando se continua em vigor para os demais empregados e ex-empregados.

Aduz que o apelante fora mantido na apólice de seguro saúde empresarial, na qualidade de inativo, mesmo pós demitido de seu ex-empregador. Pontua que embora tivesse direito a ser mantido na apólice por apenas 24 meses, prazo já exíguo, fora mantido até 01/08/2018, tendo sido desligado da empresa em 10/10/2012.

Ressalta que necessita de tratamento médico periódico, não podendo sofrer com o rompimento inesperado do seguro saúde. Sustenta que nem mesmo o direito à portabilidade fora concedido. Requer a disponibilização de seguro saúde individual sem carências mediante o pagamento de mensalidade em valor de mercado. Pede o provimento do recurso.

Recurso preparado (fls. 248/249) e respondido (fls. 258/272).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Da legitimidade passiva *ad causam* da operadora de saúde

De plano, rejeita-se a preliminar de ilegitimidade passiva *ad causam* da operadora de saúde arguida em contrarrazões.

Com efeito, na hipótese dos autos, resta claro que o pleito de disponibilização de apólice individual é dirigido à operadora de saúde na qualidade de seguradora responsável pelo convênio médico, não obstante figurar a empregadora como estipulante do contrato.

A empresa estipulante não mais faz parte da relação jurídica contratual controvertida.



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

Sobre o tema, ilumina CÂNDIDO RANGEL
 DINAMARCO, *verbis*:

“Legitimidade ad causam é qualidade para estar em juízo, como demandante ou demandado, em relação a determinado conflito trazido ao exame do juiz. Ela depende sempre de uma necessária relação entre o sujeito e a causa e traduz-se na relevância que o resultado desta virá a ter sobre sua esfera de direitos, seja para favorecê-la ou para restringi-la. Sempre que a procedência de uma demanda seja apta a melhorar o patrimônio ou a vida do autor, ele será parte legítima; sempre que ela for apta a atuar sobre a vida ou patrimônio do réu, também esse será parte legítima. Daí conceituar-se essa condição da ação como relação de legítima adequação entre o sujeito e a causa. (Instituições de Direito Processual Civil, v. II 6ª ed. São Paulo, Malheiros: 2009 p. 313).

Ou seja, por força do avençado, a operadora de saúde tornou-se responsável pelo atendimento aos empregados da aludida sociedade empresária, sobressaindo, portanto, a legitimidade da seguradora para figurar no polo passivo e cumprir a obrigação determinada na r. sentença, sobretudo tendo em vista os reajustes contratuais aplicados.

Marque-se, ademais, que não se trata de apólice de seguro no modelo auto-gestão.

No mesmo sentido, os seguintes precedentes deste E. Tribunal de Justiça:

“Agravado de Instrumento. Plano de saúde. Ilegitimidade passiva da agravante ex-empregadora reconhecida. O direito do aposentado segurado previsto no artigo 31 da Lei nº 9.656/98 deve ser exigido do plano de saúde e não da ex-empregadora. Recurso provido para tanto.” (Relator(a): Maia da Cunha; Comarca: Campinas; Órgão julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 05/08/2016; Data de registro: 05/08/2016)

“PLANO DE SAÚDE. Contrato coletivo. Ilegitimidade passiva da ex-empregadora. Nova relação jurídica



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

estabelecida diretamente entre o segurado aposentado e a operadora do plano de saúde. Ausência de intermediação da empresa empregadora após o desligamento do funcionário. Extinção do processo sem resolução do mérito em relação a ela. Mérito. Pretensão do autor de se manter no plano de saúde nas mesmas condições vigentes durante seu contrato de trabalho. Admissibilidade. Aplicabilidade do artigo 31 da lei nº 9656/98. Manutenção condicionada à assunção do pagamento integral da mensalidade. Normas regulamentares que não têm o condão de afastar o benefício concedido por lei. Valor do prêmio a ser apurado em liquidação de sentença. Sentença mantida. RECURSO DA SABESP PROVIDO E DESPROVIDO O DA SABESPREV.” (Relator(a): Paulo Alcides; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 28/07/2016; Data de registro: 28/07/2016)

“Apelações Cíveis. Plano de saúde – Manutenção de ex-funcionário aposentado em contrato coletivo empresarial – Apelo da corrê Ford – Reconhecimento, de ofício, da ilegitimidade passiva da antiga empregadora – Extinção do processo, sem resolução do mérito, em relação a esta corrê – Recurso prejudicado – Apelo do autor – Corrê remanescente – Controvérsia que se cinge ao valor das prestações mensais e à ocorrência de danos morais – Desligamento do autor da antiga empregadora (Ford) em 02.10.2012 – Novo contrato de plano de saúde celebrado em 01.05.2011, aplicado indistintamente aos funcionários ativos e inativos, que atinge aqueles que se viram submetidos às suas regras ainda em atividade – Impossibilidade de aplicação das condições de preço vigentes no contrato anterior – Incabível a revisão dos valores da mensalidade do novo plano, por não se vislumbrar, na hipótese, qualquer abusividade na sua fixação – Danos morais não configurados – Recurso desprovido. De ofício, declara-se extinto o processo, sem resolução do mérito, em relação à corrê Ford, prejudicado o recurso por ela interposto, e, em relação à corrê remanescente, nega-se provimento ao recurso interposto pelo autor.” (Relator(a): Christine Santini; Comarca: São Bernardo do Campo; Órgão julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 05/07/2016; Data de registro: 06/07/2016)



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

É evidente, portanto, a existência de relação jurídica direta entre o requerente e a operadora de saúde que constitui direito subjetivo autônomo.

Mérito: oportunidade de migração para apólice individual

Trata-se de ação cominatória objetivando a migração do segurado do plano de saúde coletivo vinculado ao ex-empregador, no qual fez parte até 01/08/2018, quando a operadora de saúde comunicou seu desligamento e a ruptura da cobertura contratual.

Consta dos autos que o apelante trabalhou na instituição de ensino Escola Superior de Propaganda e Marketing - ESPM no período compreendido entre 01.10.1992 até 10/10/2012, quando fora demitido sem justa causa (fls. 27).

No transcorrer do período laborativo, o autor beneficiara-se do convênio de saúde coletivo (fls. 24), para o qual realizava pagamentos mediante descontos em folha de pagamento (fls. 32/34).

Pois bem.

Restou incontroverso nos autos que o autor possuía direito material de ser mantido vinculado à apólice de seguro empresarial pelo prazo máximo de 24 meses, contado a partir de seu desligamento da ex-empregadora, o que ocorrera em 10/10/2012 (fls. 33), nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/98.

O prazo esvaiu-se em 10/10/2014, muito antes do ajuizamento da ação.

No entanto, na peculiaridade dos autos, verifica-se que a esgotados os 24 meses de permanência do plano de saúde em outubro de 2014, a apelada manteve o benefício do apelante até 20/07/2018, ocasião em que enviou comunicação ao autor no sentido de que estaria excluído do plano de saúde a partir de 01/08/2018 (fls. 32), inobstante tenha realizado a cobrança para o mês subsequente



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

de cobertura.

Por esse percurso, tem-se que, ao contrário do fundamentado pelo magistrado sentenciante, o pleito não está direcionado a manutenção do autor vinculado à apólice de seguro coletiva, mas sim a sua migração para apólice de seguro individual, sem o cumprimento de carências.

Colhem-se, nesse sentido, os seguintes trechos da tese inaugural, *verbis*: “Por esse motivo, pretende o Autor a condenação da Ré no cumprimento da legislação em vigor, a fim de disponibilizar-lhe seguro saúde individual, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência, tendo em vista que a contratação decorrerá do cancelamento do seguro empresarial, tudo nos exatos termos do artigo 1º da Resolução nº. 19/99.” (fls. 7); “Ora, como se observa no presente caso, o Autor já é cliente da Ré há mais de vinte e quatro meses, já tendo cumprido todos os prazos de carência permitidos por lei, não sendo correta a imposição de cobertura parcial temporária. Embora se pretenda a mudança de plano (de empresarial para individual) é preciso frisar que não haverá alteração da segmentação da cobertura, portanto o Autor não será estranho, cliente novo da Ré de modo a ensejar o cumprimento de novos prazos de carência ou cobertura parcial temporária.”

Fixada essa premissa, é fundamental ressaltar o direito material do autor em lhe ter disponibilizado/ofertado formalmente plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar, sem a observância de prazo de carência.

Findo o período de manutenção do plano de saúde coletivo pelo beneficiário demitido, o art. 7º-C da Resolução ANS nº 186/09 assegura aos beneficiários a portabilidade de carências para plano de saúde individual ou coletivo por adesão, *verbis*:

“Art. 7º-C. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano de saúde individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, na forma prevista nesta Resolução, com as seguintes especificidades: I - não se aplica à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

ou aposentados o requisito previsto no inciso II e no § 2º do artigo 3º desta Resolução; II - aplicam-se à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados os requisitos previstos nos incisos I, III, IV e V do artigo 3º desta Resolução; (Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) III - a portabilidade especial de carências deve ser requerida pelo beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado: a) no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente; ou b) no prazo de 60 (sessenta) dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998; IV - aplica-se à portabilidade especial de carências dos ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados o disposto no § 3º do artigo 8º, observados os prazos definidos no inciso III; (Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) V - na hipótese do protocolo da solicitação na ANS prevista no § 3º do artigo 8º no prazo definido na alínea "b" do inciso III deste artigo, o beneficiário terá o prazo previsto no inciso II do § 4º do artigo 8º desta Resolução normativa para exercício do direito à portabilidade de carências; (Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) VI - o beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes; (Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) VII - o beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino; (Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) VIII - o beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências tratada nesse artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo;



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

(Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) IX na portabilidade especial de carências dos exempregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, o prazo previsto no § 3º do artigo 3º desta Resolução deve ser contado a partir dos períodos dispostos no inciso III deste artigo; e (Acrescentado pela RN nº 279, de 24/11/2011) X - na comunicação de que trata o § 3º do artigo 3º desta Resolução deverão constar os valores das contraprestações pecuniárias correspondentes ao período em que o beneficiário poderá exercer a portabilidade de carências”.

A propósito, também determina o art. 1º da Resolução CONSU nº 19/99, *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 plano 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.”

§ 1º – Considera-se, na contagem de prazos de carência para essas modalidades de planos, o período de permanência do beneficiário no plano coletivo cancelado.

§ 2º – Incluem-se no universo de usuários de que trata o caput todo o grupo familiar vinculado ao beneficiário titular.

Art. 3º Aplicam-se as disposições desta Resolução somente às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar.”

Sobre o tema, não subsiste a tese da operadora de saúde de que a aludida normativa não se aplique ao caso em tela pelo fato de ela não comercializar planos de tal natureza.



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

Com efeito, o caso dos autos, a apelante afirma que não mais comercializa seguro saúde na modalidade individual, frisando que a suspensão da comercialização foi devidamente autorizada pela ANS.

É consabido, porém, que não é necessário que a operadora de plano de saúde comercialize contratos individuais de plano de saúde, e sim que os tenha comercializado em algum momento e que estes estejam ativos.

Nesse percurso, determina a Resolução Normativa nº 186/2009 da ANS, *verbis*:

“Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar ou coletiva por adesão, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar ou coletivo por adesão, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I – estar adimplente junto à operadora do plano de origem, (...)

III – o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV – a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e

V – o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

No peculiar cenário dos autos, a operadora de saúde alega que os contratos individuais de plano de saúde por ela anteriormente comercializados estão ativos, porém suspensos de comercialização.

A vedação, no entanto, diz respeito apenas à comercialização e às vendas, não extinguindo o plano, suas características e beneficiários ainda a ele vinculados.



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

Dessa forma, como na espécie, o plano ainda existe, estando devidamente registrado na ANS, apenas não admitindo a contratação de novos beneficiários, fora da portabilidade especial da Resolução Normativa 186.

Marque-se, ademais, que na Lei nº 9.656/98 encontram-se situações em que o legislador revelou sua preocupação em não deixar desamparado o beneficiário.

Nesse diapasão, o legislador teve em mente prolongar a obrigação da operadora, de forma a não frustrar as expectativas de segurança do consumidor quanto à eliminação de riscos à sua saúde, expectativa que tinha ao ingressar, como dependente, na apólice de seguro.

O comando legal visa não colocar o beneficiário final da apólice de seguro em posição de extrema desvantagem a qual não deve vincular o segurado, parte hipossuficiente e que não pode ser surpreendido com a abrupta ruptura da cobertura securitária.

Por derradeiro, parece claro que a normativa não pode permitir que a operadora de saúde, por mera liberalidade, de ato unilateral e potestativo, se recuse a fornecer portabilidade, a qual fora abarcada pela própria agência reguladora em suas previsões técnicas.

Tal conduta, por si só, tem o condão de esvaziar direito do beneficiário à conversão, o que não se alinha a própria boa-fé contratual e à proteção consumerista.

Colhem-se, nesse sentido, os seguintes precedentes desta C. Corte de Justiça:

“COMINATÓRIA - Seguro de assistência à saúde - Procedência - Sentença que determinou a migração da autora para um seguro/plano individual, sem carência e com as mesmas coberturas do plano coletivo que aderiu antes da rescisão do contrato, devendo pagar mensalmente o valor contido nas tabelas da seguradora, conforme a modalidade e a idade do



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

beneficiário - Insurgência da ré - Alegação de que não comercializa planos individuais - Descabimento - 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 plano 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 - Inteligência do art. 1º da Resolução do CONSU nº 19/99 - É irrelevante o fato de a ré estar impedida de comercializar planos individuais, uma vez que o caso não é de comercialização, mas de manutenção da beneficiária em virtude da extinção do plano coletivo do qual era segurada - Inaplicabilidade do art. 3º da Resolução do CONSU nº 19/99 - RECURSO NÃO PROVIDO.” (TJSP; Apelação 1010970-53.2016.8.26.0011; Relator (a): Miguel Brandi; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 13ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/11/2018; Data de Registro: 14/11/2018)

“PLANO DE SAÚDE – Portabilidade especial – Direito do autor, ex-empregado demitido sem justa causa de empresa estipulante de contrato coletivo, à migração para plano de saúde individual, familiar ou coletivo por adesão, sem recontagem de carências – Inteligência do art. 7º-C da Resolução n. 186/09 da ANS – Irrelevante a argumentação da apelante de que não comercializa planos individuais ou familiares – Não se deve tolerar que fique a critério da operadora o fornecimento das modalidades de plano individual ou familiar, pena de colocar em risco a proteção do consumidor – Necessário, porém, ressaltar a possibilidade de a operadora cobrar prêmio em valor distinto, a fim de manter o equilíbrio econômico e atuarial da avença, desde que o montante que não constitua cláusula da barreira – Recurso parcialmente provido.” (TJSP; Apelação 1011354-34.2016.8.26.0005; Relator (a): Francisco Loureiro; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional V - São Miguel Paulista - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 01/08/2018; Data de Registro: 01/08/2018)



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

“Apelação. Plano de saúde. Autora beneficiária de plano coletivo empresarial em razão de seu emprego. Extinção do contrato pela operadora em razão do inadimplemento por parte da empregadora. Direito de manutenção da autora em plano individual, sem novas carências, aplicado o preço de mercado. Sentença condenando a ré nestes termos. Rejeição do recurso em que a ré discute o direito de extinguir o contrato coletivo. Direito que não foi negado, apenas determinada aplicação do disposto na Resolução Consu nº 19/1999. Reconhecimento na apelação da possibilidade de migração para contrato individual. Obrigação a cargo da operadora que subsiste mesmo na hipótese de não comercialização de planos individuais. Precedentes. Dano moral caracterizado. Recurso improvido.” (TJSP; Apelação 1014261-56.2014.8.26.0100; Relator (a): Enéas Costa Garcia; Órgão Julgador: 1ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 38ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/09/2018; Data de Registro: 04/09/2018)

“Apelação cível. Plano de saúde empresarial. (...). Rescisão unilateral do plano de saúde coletivo por iniciativa da operadora do plano. Possibilidade. Inaplicabilidade do art. 13, par. único, inciso II, Lei nº 9.656/98, aos planos coletivos. Contudo, a Resolução Consu nº 19/99 determina a notificação dos beneficiários para a migração para plano individual da operadora sem cumprimento de carência ou ressalvas de doenças preexistentes às operadoras que mantenham também plano ou seguro de assistência à saúde na modalidade individual ou familiar (artigos 1º e 3º da norma). Circunstância que deve ser verificada caso a caso. Caso concreto. Informação no site da ANS de que a ré possui planos individuais/familiares em seu portfólio (alguns com a comercialização liberada, outros suspensos a pedido da operadora). Suspensão da comercialização do serviço que não significa a sua inexistência. Precedente desta Colenda 6ª Câmara de Direito Privado. Abusividade da rescisão que se reconhece. Manutenção do contrato empresarial que se impõe até que a parte ré oferte à parte autora a migração para plano individual. Sentença reformada. Recurso da ré provido em parte apenas para afastar os índices divulgados pela ANS,



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

devendo os índices de reajuste por sinistralidade discutidos nos autos ter a apuração de percentual adequado e razoável em fase de liquidação, recurso da parte autora provido para reconhecer a abusividade da rescisão unilateral, devendo o contrato empresarial ser mantido até a oferta de migração para plano individual.” (TJSP; Apelação 1020270-98.2017.8.26.0562; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 26/07/2018; Data de Registro: 26/07/2018)

“PLANO DE SAÚDE. PORTABILIDADE ESPECIAL. PLANO COLETIVO PARA PLANO INDIVIDUAL. VEROSSIMILHANÇA. Decisão agravada que determinou que a ré transferisse os autores para plano de saúde individual, nas mesmas condições e características do plano coletivo. Possibilidade. Verossimilhança das alegações dos autores quanto ao direito à portabilidade especial, da Resolução Normativa 186 da ANS. Limite temporal de 24 (vinte e quatro) meses de manutenção do plano coletivo para ex-empregados, do artigo 30 da Lei 9.656/1998, que não afeta, a princípio, a portabilidade especial pretendida. Vedação a novas comercializações do plano individual pela ré que não impede a transferência dos autores. Transferência para plano individual, com as mesmas condições e características do plano coletivo de que eram beneficiários os autores, sem novos prazos de carência, devendo apenas os autores arcarem com as mensalidades integrais do plano individual. Periculum in mora aos autores, em razão de parto previsto para os próximos três meses. Presentes os requisitos do artigo 273 do Código de Processo Civil, tutela antecipada possível. Recurso não provido.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2090482-72.2014.8.26.0000; Relator (a): Carlos Alberto de Salles; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro de Guarulhos - 7ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 30/09/2014; Data de Registro: 02/10/2014)

Acresça-se que o contrato, mormente aqueles que interferem sobre valores existenciais, tal e qual o plano de saúde e sobretudo no século XXI, é e deve ser instrumento de colaboração entre os contraentes.



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
 7ª Câmara de Direito Privado

As partes, conforme sublinha CLÓVIS VERÍSSIMO DO COUTO E SILVA, “*devem comportar-se como colaboradores e não indivíduos em posições antagônicas*” (*A obrigação como Processo, Ed. Bushatsky, 1976, pág. 171*).

Deve haver, pois, comunicação e cooperação entre as partes contratantes, o que, se presente, fará levantar naturalmente a confiança e a lealdade de um em face do outro.

Por isso, ENZO ROPPO pontua que o contrato está sendo relançado e tem fortalecido o seu papel de instrumento de mediação social (*O contrato, Almedina, 1988, p. 337*).

Em todo o contexto hodierno, a conduta da prestadora dá as costas à função social do contrato (art. 421 do CC). Não merece aplauso.

Assim sendo, merece qualquer reforma a r. sentença.

Por fim, tem-se que a abruptura e ilegal ruptura da apólice de seguro, sem a oportunidade de migração, permaneceu de 01/08/2018 até o cumprimento da decisão liminar, em 07/11/2018.

Após o cancelamento e antes do ajuizamento da ação, o autor, o qual é portador de moléstia infecciosa, não discriminada, e necessitava de tratamento médico nesse período, requerendo então o ressarcimento das despesas pagas.

Em 28/08/2018 realizou exames prescritos pelo seu médico assistente, o qual atesta a necessidade de atendimento clínico ininterrupto, sem previsão de alta, os quais atingiram o valor de R\$ 1,741,00 (fls. 35).

A desídia ofertada pela seguradora deu causa à contratação particular e gerou o dispêndio desnecessário ao apelante (fls. 35).

Nesse sentido, como consectário lógico da



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
7ª Câmara de Direito Privado

ilegal interrupção do atendimento médico, a operadora de saúde deve ressarcir a segurada pelos pagamentos das consultas efetuados durante, notadamente porque a autora encontrava-se em acompanhamento médico pré-natal.

Por esses fundamentos, pelo meu voto, dou provimento ao recurso para julgar procedente a ação, para condenar a operadora de saúde a oportunizar a migração do autor para apólice de seguro individual, sem o cumprimento de carências, bem como a ressarcir o autor pelos danos materiais comprovados (fls. 35), com correção monetária pela Tabela Prática do TJSP, desde cada desembolso, e juros de 1% ao mês, a partir da citação.

Ante a procedência do recurso, inverta-se a carga sucumbencial, a qual deve ser carreada à ré, fixando-se honorários advocatícios em R\$ 4.000,00, por equidade, nos termos do art. 85, §8º do CPC/15, atualizado a partir da publicação deste.

RÔMOLO RUSSO
Relator