



Número: **0088394-43.2023.8.17.2001**

Classe: **Procedimento Comum Cível**

Órgão julgador: **Seção A da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2023**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **Tratamento médico-hospitalar**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Advogados
M. F. T. (AUTOR(A))	
	EVILASIO TENORIO DA SILVA NETO (ADVOGADO(A)) MARILIA GABRIELLE FIGUEIREDO CAMPOS (REPRESENTANTE) RAFAEL BEZERRA LINS (ADVOGADO(A))
----- (RÉU)	
	THIAGO PESSOA ROCHA (ADVOGADO(A))

Outros participantes			
24º Promotor de Justiça Cível da Capital (FISCAL DA ORDEM JURÍDICA)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
191752148	24/12/2024 07:31	Sentença (Outras)	Sentença (Outras)



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção A da 33ª Vara Cível da Capital

Avenida Desembargador Guerra Barreto - Fórum do Recife, S/N, Ilha Joana Bezerra, RECIFE - PE - CEP: 50080-900 - F:(81) 31810494

Processo nº **0088394-43.2023.8.17.2001**

AUTOR(A): -----

REPRESENTANTE: -----

RÉU: -----

SENTENÇA

Vistos, etc ...

-----, representada por sua genitora, através de advogado habilitado, ajuizou **AÇÃO DE MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE c/c TUTELA DE URGÊNCIA e DANOS MORAIS** em face da -----, na qual pretende a tutela antecipada para compelir a ré a manter o plano de saúde nas mesmas condições e valores de tabela praticados, garantindo a continuidade ininterrupta do tratamento terapêutico ao qual vem sendo submetida.

Narra a inicial que a autora tem 04(quatro)anos, é dependente do plano de saúde coletivo, através do vínculo laborativo do seu do seu genitor, tendo sido diagnosticada com TEA- TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, enfrentou dificuldades para obtenção do tratamento terapêutico junto à requerida, necessitando recorrer à via judicial, obtendo liminarmente o tratamento que precisava, havendo em seguida o cancelamento unilateral do contrato.

Acrescenta que não foi comunicada oficialmente pela ré sobre uma possível interrupção de seu contrato, tomando conhecimento do cancelamento quando seu genitor tentou realizar exames de rotina.

No mérito, requer a confirmação da tutela, a condenação da requerida para restabelecer, em definitivo, o contrato de seguro-saúde em nome da autora, por tempo indeterminado, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita e a condenação da ré em pagar indenização por danos morais no importe de R\$10.000,00 e pagamento dos honorários advocatícios na base de 20% (vinte por cento) do valor da condenação.



Custas pagas.

Determinada a intimação da requerida para manifestar-se sobre a tutela de urgência, antes de ser cumprida a determinação, a parte autora aditou a inicial, acrescentado que após a realização de diversos pedidos administrativos para resolver o problema, incluindo os canais governamentais, a demandada restaurou voluntariamente a cobertura do plano de saúde da autora, tendo afirmado que “problemas sistêmicos” causaram o cancelamento.

Que o contrato corporativo com a ----- estava em negociação para renovação, contudo, em face dos últimos acontecimentos e de planejamento interno, o empregador/contratante do genitor da autora optou pela suspensão do contrato de plano de saúde, a partir de 31/08/2023.

Ao manifestar-se sobre a tutela, a requerida disse que o plano de saúde do qual a parte autora faz parte foi descontinuado por iniciativa da empresa estipulante do contrato, havendo previsão contratual para a situação posta, resultando na perda da elegibilidade e consequentemente na extinção da apólice, o que desobriga o cumprimento da liminar. Que o pedido não é emergencial, nem de urgência, mas de cunho financeiro.

Indeferida a tutela de urgência.

Mais uma vez a requerente adita a inicial, ratificando os termos anteriores, pugnando pela desistência do pedido de indenização por dano moral e a condenação da ré nas custas processuais e nos honorários advocatícios sucumbenciais.

Comunicada a interposição de Agravo, ao qual foi dado provimento.(ID n.143329793)

Citada, em sua peça de bloqueio a ré afirma que o plano de seguro saúde ao qual a demandante faz parte encontra-se descontinuado por iniciativa da empresa estipulante da apólice; que cabe à empresa estipulante realizar o processo de transição junto à operadora de saúde que vier a se credenciar, evitando descontinuidade ou prejuízo nos tratamentos em curso; trata-se do pleno cumprimento do Art. 26, Inciso III, da RN 279/2011, da ANS, restando claro que a seguradora estava exercendo o seu direito e cumprindo com as normas contratuais; que não houve, portanto, pretensão resistida, carecendo a parte adversa do seu direito de ação; é mister deixar claro que jamais a manutenção do plano deve ser fornecida na modalidade individual, pois a contestante não mais comercializa esse tipo de produto e, caso a contestante comercializasse plano individual, seria ônus da parte autora comprovar que o plano individual de destino pretendido seria compatível com o plano coletivo originário; que admitir tratamento diferenciado para indivíduos que pagam a mesma quantia viola o princípio da igualdade; rechaça a pretensão no pedido de dano moral e inversão do ônus da prova, pugnando pela improcedência dos pedidos e a condenação da parte autora nos ônus da sucumbência.

Manifestação do representante do Ministério Público.(ID n147304342)

Replica apresentada.

Intimadas as partes para informarem se pretendiam produzir outras provas, manifestaram-se negativamente.

É o que importa relatar.

Passo a decidir.

Inicialmente, homologo o pedido de desistência referente aos danos morais, suscitado pela parte autora antes da contestação, inexistindo óbice para tanto.

O feito apresenta-se suficientemente instruído e comporta julgamento antecipado, nos moldes do art. 355, inciso I, do CPC, por não haver necessidade de dilação probatória.

Cumprido destacar, inicialmente, que os contratos de seguro, por definição legal, encerram relação de consumo, portanto devem ser interpretados sob a ótica da legislação que lhe é própria, ainda que definidos ou regulamentados em textos outros.

Tal entendimento foi ratificado pelo STJ através do enunciado da Súmula 608: “*aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”.

Nas relações de consumo, notadamente aquelas que se firmam mediante simples adesão de uma parte ao contrato previamente estabelecido pela outra, devem preponderar, sobre a letra fria do texto, a boa-fé dos contratantes e o equilíbrio contratual, ressaltando-se que a finalidade precípua do contrato de assistência médica entabulado com a demandada é a manutenção da saúde dos contratantes.

Revisitando a Jurisprudência mais recente pertinente a matéria, curvo-me às razões do Agravo.

A autora, menor (4 anos de idade) foi diagnosticada com Transtorno do Espectro Autista, conforme prova vasta documentação carreada aos autos, realiza tratamento multidisciplinar contínuo, razão pela qual necessita da manutenção do plano de saúde demandado, a fim de não interromper seu tratamento e evitar adaptação a outros profissionais, sob pena de causar grande prejuízo ao seu quadro clínico.

A alegação da demandada de que o contrato objeto desta demanda foi rescindido pelo contratante/estipulante, empresa empregadora do genitor da requerente/infante, não retira desta a possibilidade de permanência no plano de saúde, havendo a migração da modalidade coletiva para o individual, a fim de possibilitar a continuidade do tratamento ao qual foi submetida para o melhoramento da sua condição, conforme estabelece a Resolução nº 19/1999-CONSU (Conselho de Saúde Suplementar).

Ademais, a Tese firmada no **Tema Repetitivo 1082- STJ** é a seguinte:

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.

Assim, ainda que, em tese, seja legítimo o cancelamento do contrato, a operadora de saúde deve assegurar o tratamento médico da autora, a qual, por certo, permanece com o dever de arcar com a contraprestação pecuniária correspondente.

Nesse sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. Ação de obrigação de fazer c/c pedido liminar e indenização por danos morais. Plano de saúde coletivo por adesão. Rescisão após 12 (doze) meses. Aviso prévio. Deferimento na origem. Irresignação do plano de saúde. Pleito de atribuição do efeito suspensivo. Notificação em 17/04/2024 com garantia da permanência da cobertura até 31/05/2024. Desrespeito ao prazo contratual de 60 (sessenta) dias de antecedência entre a comunicação da rescisão e o encerramento da cobertura contratual. Usuário menor de idade, portador de TEA (Transtorno do Espectro Autista), TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade) e TOD (Transtorno Opositor Desafiador). Paciente em tratamento. Tema 1082. Dever da operadora de assegurar a continuidade do tratamento. Migração para plano individual ou familiar. Manutenção da decisão recorrida. Desprovimento. 1. De acordo com o entendimento do STJ “é possível a rescisão unilateral e imotivada do plano de saúde coletivo, com base em cláusula prevista contratualmente, desde que cumprido o prazo de 12 meses de vigência da avença e feita a notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 dias, bem como respeitada a continuidade do vínculo contratual para os beneficiários que estiverem internados ou em tratamento médico, até a respectiva alta, salvo ocorrência de portabilidade de carências ou contratado novo plano



coletivo pelo empregador, situações que afastarão o desamparo de tais usuários.” (AgInt nos EDcl no AREsp 1791914/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, DJe 19/08/2021). 2. Nos termos do parágrafo único do art. 17 da Resolução Normativa n. 195 da Agência Nacional de Saúde, os contratos de planos de saúde coletivos por adesão somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação com antecedência mínima de sessenta dias. 3. De acordo com o art. 1º da Resolução n. 19/1999 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), em caso de cancelamento de plano de saúde coletivo, a operadora tem o dever de oferecer ao segurado plano de assistência na modalidade individual ou familiar sem a necessidade de cumprimento de novo prazo de carência. 4. Não tendo sido efetivada a notificação ao beneficiário com a antecedência mínima de sessenta dias, forçoso reputar o cancelamento do plano de saúde como irregular, pois contrário à norma vigente. 5. Agravo de instrumento conhecido e desprovido. VISTOS, relatados e discutidos estes autos em que são partes as acima identificadas. ACORDA a Terceira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, à unanimidade, em negar provimento ao agravo de instrumento, nos termos do relatório e voto que integram o presente julgado. (TJ-PB -

AGRAVO DE INSTRUMENTO: 08165778920248150000, Relator: Des. João Batista Barbosa, 3ª Câmara Cível)

APELAÇÕES – PLANO DE SAÚDE – Obrigação de Fazer c/c Indenização por Danos Morais – Plano coletivo empresarial – Manutenção do plano de saúde inicialmente contratado – Cancelamento imotivado na pendência de tratamento contínuo destinado a quadro clínico grave de Transtorno de Espectro Autista – Aplicação do Tema 1.082 do C. Superior Tribunal de Justiça (STJ) ao caso concreto – Operadora que deve 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, mediante pagamento de contraprestação – Paciente em Tratamento Multidisciplinar Contínuo – Interrupção que poderia lhe trazer riscos de nefasto agravamento do estado de saúde – Precedentes desta Corte, e desta Câmara – Danos Morais – Comprovação do agravamento da condição de dor e de abalo psicológico das autoras no caso concreto – Indenização devida no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), em observância ao posicionamento desta 2ª Câmara de Direito Privado do E. TJSP – Honorários Advocatícios – Aplicação do Tema 1.076 do C. STJ – Sentença Reformada. RECURSO DA RÉ NÃO PROVIDO. RECURSO DA AUTORA PROVIDO EM PARTE. (TJ-SP - Apelação Cível: 1019569-54.2023.8.26.0554 Santo André, Relator: Corrêa Patiño, Data de Julgamento: 20/02/2024, 2ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 20/02/2024)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CANCELAMENTO UNILATERAL DO CONTRATO PRATICADO PELA OPERADORA. AUTOR, MENOR IMPÚBERE, COM DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). TRATAMENTO DE TERAPIAS DIVERSAS. DESCONTINUIDADE, IMPOSSIBILIDADE. INSURGÊNCIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. DESACOLHIMENTO. Não há que se falar em reforma da decisão agravada, que deferiu a tutela de urgência para obstar a descontinuidade do tratamento e rescisão contratual, pois o decidido está em consonância com a tese firmada no Tema 1082 do STJ. Ademais, não se vislumbra a presença dos requisitos previstos no artigo 995, parágrafo único, do Código de Processo Civil, o que seria imprescindível para a reforma do decisorio. Decisão agravada mantida. RECURSO NÃO PROVIDO. (TJ-SP - Agravo de Instrumento: 21736788520248260000 São Paulo, Relator: Mário Chiuvite Júnior, Data de Julgamento: 10/10/2024, 3ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 10/10/2024)

Tribunal de Justiça de Pernambuco Poder Judiciário Gabinete do Des. Frederico Ricardo de Almeida Neves PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL APELAÇÃO CÍVEL Nº 17221-59.2020.8.17.2001 RELATOR:DESEMBARGADOR FREDERICO RICARDO DE ALMEIDA NEVES APELANTES: D. G. D. S. F. L. REPRESENTADO POR RITA DE PAULA ALVES GOMES DE SANTANA E OUTRA APELADOS: UNIMED CARUARU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E OUTRO EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. PLANO SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO UNILATERAL. USUÁRIO EM TRATAMENTO MÉDICO. TEA. STJ. IMPOSSIBILIDADE DE RESCISÃO. RECURSO DA PARTE DEMANDADA DESPROVIDO. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. RECURSO AUTOR. PROVIDO. SENTENÇA PARCIALMENTE REFORMADA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA MAJORADOS. 1. O plano de saúde coletivo pode ser rescindido ou suspenso imotivadamente, após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação do usuário com antecedência mínima de sessenta dias (artigo 17 da Resolução Normativa ANS 195/2009). Nada obstante, no caso de usuário em estado de saúde grave, independentemente do regime de contratação do plano de saúde (coletivo ou individual), deve-se aguardar a conclusão do tratamento médico garantidor da sobrevivência e/ou incolumidade física para se pôr fim à avença. 2. A legislação, nesse particular, procurou evitar que a "surpresa"



da demissão, além dos efeitos do próprio desligamento (desemprego), deixe o segurado e seus dependentes desamparados, a ponto de pôr em risco absoluto a continuidade e qualidade do atendimento à saúde. 3. Há casos em que o limite legal dos 24 (vinte e quatro) meses poderá ser mitigado, estendendo-se o vínculo do contrato por tempo indeterminado. A quebra do vínculo contratual, em algumas hipóteses, levaria a um iminente risco à saúde do consumidor/segurado, caso este, necessitando da assistência médica adequada, não encontrasse amparo para o devido atendimento. 4. **No caso em comento, a parte demandante possui dupla proteção legal: por sua peculiar condição de ser menor, aplicando-se o princípio da prioridade absoluta da proteção à infância e à adolescência conferida pela Constituição Federal (art. 227) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (art. 4º); e por ser pessoa com transtorno do espectro autista, incidindo a Lei n.º 12.764/12, a qual instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, sendo uma de suas diretrizes "a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes" (Art. 2º, III).** 5. A conduta do Plano de Saúde, que criou mecanismos para impedir a migração do plano dos autores e a consequente continuidade da prestação do serviço de assistência médico-hospitalar, não pode ser considerada justa e adequada, pois derivou de ato ilícito e exorbitou a normalidade, ensejando a obrigação de pagamento de indenização por danos morais. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos os autos da apelação cível nº 17221-59.2020.8.17.2001, em que figuram como partes as acima indicadas, ACORDAM os Desembargadores que compõem a Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Pernambuco votaram no sentido de negar provimento ao recurso do plano de saúde demandado e dar provimento ao recurso do autor, para: a) reconhecer que a parte autora deve ser mantida vinculada ao plano de saúde até o término do tratamento do menor, mediante o pagamento das mensalidades respectivas; b) condenar o plano de saúde a indenizar a parte autora pelos danos morais, no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais), com o termo inicial dos juros de mora, considerando que se trata de relação contratual, nos termos dos artigos 405 do Código Civil e 240 do Código de Processo Civil, deveser fixado a contar da citação, e a correção monetária incide desde a data do arbitramento (Súmula 362/STJ); c) e, condenar o plano de saúde ao pagamento total das custas processuais e majorar os honorários de sucumbência de 10% para 20% do valor da condenação (§ 11, do artigo 85, do CPC). Recife, FREDERICO RICARDO DE ALMEIDA NEVES DESEMBARGADOR RELATOR MO(TJ-PE - Apelação Cível: 001722159.2020.8.17.2810, Relator: BARTOLOMEU BUENO DE FREITAS MORAIS, Data de Julgamento: 29/05/2024, Gabinete do Des. Frederico Ricardo de Almeida Neves)

Invoco, finalmente, as normas postas no Estatuto da Criança e do Adolescente, que têm como princípio basilar a proteção integral e prioridade absoluta, as quais são de ordem pública e observância obrigatória por **TODOS** - família, comunidade, sociedade em geral e poder público no sentido de assegurar, **com absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, aptas a lastrear a pretensão autoral.

Por todo o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido relativo à obrigação de fazer e condeno a ré a migrar em definitivo o plano de saúde da parte autora da modalidade coletivo para o individual, nas mesmas condições anteriormente firmadas, o que faço com fundamento Resolução n. 19/1999 do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), Tese firmada no Tema Repetitivo 1082- STJ, ECA e Lei n.º 12.764/12 e declaro extinto o processo com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I do CPC.

Homologo a desistência do pleito indenizatório e declaro extinto sem resolução de mérito, conforme art. 485, VIII, do CPC.

CONDENO ainda a ré ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios de sucumbência, que fixo em 15% (quinze por cento) calculados sobre 12 meses de mensalidade, por se tratar de tratamento contínuo, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Havendo interposição de recurso, intime-se a parte adversa para contrarrazões, no prazo de 15 dias e, em seguida, proceda-se à remessa dos autos ao E. TJPE, observadas as formalidades legais.

Após o trânsito em julgado, archive-se independentemente de novo despacho.

Recife-PE, data e assinatura eletrônicas.

ANA CAROLINA AVELLAR DINIZ

Juíza de Direito

apgpsp

