



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

**SENTENÇA**

Processo Digital nº: **1089084-20.2022.8.26.0100**  
 Classe - Assunto: [REDACTED]  
 Requerente: [REDACTED]  
 Requerido: [REDACTED]

Tramitação prioritária

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **Fabio Coimbra Junqueira**

Vistos.

[REDACTED] Trata-se de demanda proposta C. [REDACTED] por [REDACTED] em face de COOPERATIVA CENTRAL NACIONAL UNIMED e QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. em que pretende a condenação da ré ao cumprimento da obrigação de fazer. Narra a inicial que em 01/08/2022, sem qualquer justificativa, o autor teve seu contrato com a requerida rescindido de forma unilateral, o que lhe causará enormes prejuízos, pois foi diagnosticado com transtorno do espectro autista (CID 10 F84 e F79), o que resulta comprometimentos cognitivos.

Diante disso, segundo a prescrição médica, o autor buscou tratamento, todavia, a requerida não disponibilizou o mesmo, obrigando o autor a ingressar com ação judicial (processo nº 1105351-72.2019.8.26.0100). Referida ação teve como objetivo compelir à ré a custear o tratamento mais indicado ao autor, no caso, é o correspondente ao denominado método de tratamento com terapia multidisciplinar em técnica ABA em ambiente natural (casa ou escola), com pelo menos Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. A ação foi julgada procedente e confirmada pelo E. TJSP.

Iniciado o tratamento, o autor foi surpreendido com a rescisão.

Por tudo isso, pede às rés que mantenham o plano ativo do autor, nas mesmas condições de cobertura e preço anteriores. Juntou documentos.

A tutela de urgência foi deferida às páginas 123/126.

Adveio manifestação do Ministério Público em função da menoridade do autor.

Antes de citada para os termos da demanda, a corré Qualicorp ofertou contestação às páginas 291/299. Aduz preliminar de ilegitimidade passiva pelo encerramento



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

unilateral da carteira contratual pela operadora. Ademais, a Qualicorp é mera intermediária na relação contratual. No mérito, é legal o cancelamento do contrato, pois, admite-se a possibilidade de rescisão do contrato coletivo, impondo à ré a obrigação de comunicar tal fato aos beneficiários em prazo não superior a 30 dias, tanto mais porque é contrato de adesão.

A corrê Central Nacional Unimed contesta a fls. 328/354. Defende a rescisão unilateral do contrato coletivo por ambas as partes, mesmo que de forma imotivada. Não se aplica o artigo 13 da Lei 9.656/98, que veda apenas a rescisão dos contratos individuais ou familiares.

Réplica a fls. 402/413 e parecer do Ministério Público a fls. 426/432, que opinou pelo acolhimento integral da demanda.

É o relatório do essencial.

Fundamento e decidido.

A lide comporta julgamento antecipado, à luz do art. 355, inciso I, do Código de Processo Civil, uma vez que as questões fáticas já estão suficientemente comprovadas pelos documentos acostados aos autos, sendo desnecessária a produção de outras provas.

De início, é de se afastar a preliminar de ilegitimidade passiva da corrê Qualicorp, uma vez que é responsável pela intermediação entre o segurado e a seguradora, sendo responsável pela emissão dos boletos para pagamento do plano de saúde.

Neste sentido:

*PLANO DE SAÚDE Ação cominatória c/c indenização por danos morais - Legitimidade da corrê Qualicorp. Decisão que extinguiu o processo em relação a ela, reconhecendo sua ilegitimidade passiva Qualicorp que faz parte da mesma cadeia de fornecimento de serviços de saúde e responde de forma solidária por eventuais defeitos na prestação dos serviços aos consumidores, conforme art. 7º, paragrafo único, do CDC Decisão reformada - Recurso provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2160024-07.2019.8.26.0000; Relator (a): Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 26ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/09/2019; Data de Registro: 20/09/2019)*

*AGRAVO DE INSTRUMENTO PLANO DE SAÚDE Reajuste etário e por sinistralidade Matéria não abordada na decisão guerreada Discussão sobre os aumentos relegada ao Agravo de Instrumento nº. 2227980-74.2018.8.26.0000 Legitimidade passiva da administradora de benefícios, atuante direta na cadeia de consumo Efetiva intervenção nos reajustes impugnados, porquanto negociadora dos índices aplicados RECURSO CONHECIDO*



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

*EM PARTE E, NA PARTE CONHECIDA, PROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2191004-68.2018.8.26.0000; Relator (a): Fábio Podestá; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 21ª Vara Cível; Data do Julgamento: 27/11/2018; Data de Registro: 30/11/2018).*

Com efeito, nem se alegue que o contrato discutido não se submete as regras do da Lei 9.656/98 e do Código de Defesa do Consumidor, nesse sentido já restou consolidado o entendimento do Superior Tribunal de Justiça e do E. Tribunal de Justiça Bandeirante:

“Súmula 469, STJ:

*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde”.*

“Súmula 100, TJ:

*O contrato de plano/seguro saúde submete-se aos ditames do Código de Defesa do Consumidor e da Lei n. 9.656/98 ainda que a avença tenha sido celebrada antes da vigência desses diplomas legais*

Na espécie vertente, a parte autora foi surpreendida com a notícia de rescisão contratual por parte do réu, sem qualquer motivo.

Assim, sobreleva nos autos, que a parte ré tenha observado os ditames máximos da boa-fé objetiva, como modelo de comportamento reto e leal na execução dos negócios jurídicos (CC, artigo 422).

Neste passo, não pode o segurado ser surpreendido com a informação repentina de rescisão do contrato e, sem motivação idônea a justificar tal comportamento.

Assim, dispõe o artigo 13, inciso II, da lei 9.656/98 que é vedada “*a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência*”.

Embora mencionada lei disponha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com predominância do entendimento de que o dispositivo diz respeito apenas à impossibilidade de rescisão unilateral destes contratos, essa exclusividade coloca à margem da proteção legal a grande parcela de usuários de plano de saúde no país.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

Por isso, merecem reflexão atenta decisões que estendem essa proteção também para os contratos coletivos.

Nesse sentido:

*“Convênio médico. Seguro saúde. Art. 13 da Lei nº 9656/98. Rescisão unilateral por parte da prestadora de serviços. Inadmissibilidade. A aparente proteção exclusiva do art. 13, parágrafo único, inciso II, aos contratos individuais, estende-se também aos contratos coletivos por adesão, sob pena de ferir gravemente todo o sistema protetivo tanto do Código de Defesa do Consumidor como da Lei nº 9656/98. Nos contratos coletivos o beneficiário final é o consumidor, tal qual nos contratos individuais ou familiares. A interpretação restritiva daria ensejo a abusos que feririam gravemente o direito dos conveniados, que, quando menos esperassem, enfermos ou não, estariam sem nenhuma assistência médica. Recurso improvido” (Ap. n.º 362.868.4/6 - Rel. Des. Maia da Cunha).*

Mesmo para aqueles que entendem inaplicável o mencionado dispositivo legal aos contratos coletivos, deve-se ponderar que a relação contratual mantida entre as partes deve observar os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato.

Segundo exposto, tal comportamento não se coaduna com o modelo exigido pelo ordenamento jurídico para a condução das obrigações contratuais. Em outras palavras, a surpresa é inimiga mortal da boa-fé objetiva que prima pelos deveres de transparência e lealdade e, sobretudo, de informação clara, precisa, adequada e oportuna.

Conforme já decidido pelo Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. RESPONSABILIDADE CIVIL. DESCREDENCIAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA. COMUNICAÇÃO PRÉVIA AO CONSUMIDOR. AUSÊNCIA. VIOLAÇÃO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. PREJUÍZO AO USUÁRIO. SUSPENSÃO REPENTINA DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO. SITUAÇÃO TRAUMÁTICA E AFLITIVA. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. 1. Ação ordinária que busca a condenação da operadora de plano de saúde por danos morais, visto que deixou de comunicar previamente a consumidora acerca do credenciamento da clínica médica de oncologia onde recebia tratamento, o que ocasionou a suspensão repentina da



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

quimioterapia. 2. Apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestam serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também, nesses tipos contratuais, as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC). Ambos instrumentos normativos incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. São essenciais, portanto, tanto na formação quanto na execução da avença, a boa-fé entre as partes e o cumprimento dos deveres de informação, de cooperação e de lealdade (arts. 6º, III, e 46 do CDC). 3. O legislador, atento às inter-relações que existem entre as fontes do direito, incluiu, dentre os dispositivos da Lei de Planos de Saúde, norma específica sobre o dever da operadora de informar o consumidor quanto ao descredenciamento de entidades hospitalares (art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998). 4. É facultada à operadora de plano de saúde substituir qualquer entidade hospitalar cujos serviços e produtos foram contratados, referenciados ou credenciados desde que o faça por outro equivalente e comunique, com trinta dias de antecedência, os consumidores e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 5. O termo "entidade hospitalar" inscrito no art. 17, § 1º, da Lei nº 9.656/1998, à luz dos princípios consumeristas, deve ser entendido como gênero, a englobar também clínicas médicas, laboratórios, médicos e demais serviços conveniados. De fato, o usuário de plano de saúde tem o direito de ser informado acerca da modificação da rede conveniada (rol de credenciados), pois somente com a transparência poderá buscar o atendimento e o tratamento que melhor lhe satisfaz, segundo as possibilidades oferecidas. 6. O descumprimento do dever de informação (descredenciamento da clínica médica de oncologia sem prévia comunicação) somado à situação traumática e aflitiva suportada pelo consumidor (interrupção repentina do tratamento quimioterápico com reflexos no estado de saúde), capaz de comprometer a sua integridade psíquica, ultrapassa o mero dissabor, sendo evidente o dano moral, que deverá ser compensado pela operadora de plano de saúde. 7. Recurso especial não provido. (REsp 1349385 / PR - Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA - T3 - TERCEIRA TURMA - DJe 02/02/2015 - RSTJ vol. 240 p. 709)





**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. REDE CONVENIADA. ALTERAÇÃO. DEVER DE INFORMAÇÃO ADEQUADA. COMUNICAÇÃO INDIVIDUAL DE CADA ASSOCIADO. NECESSIDADE. 1. Os arts. 6º, III, e 46 do CDC instituem o dever de informação e consagram o princípio da transparência, que alcança o negócio em sua essência, na medida em que a informação repassada ao consumidor integra o próprio conteúdo do contrato. Trata-se de dever intrínseco ao negócio e que deve estar presente não apenas na formação do contrato, mas também durante toda a sua execução. 2. O direito à informação visa a assegurar ao consumidor uma escolha consciente, permitindo que suas expectativas em relação ao produto ou serviço sejam de fato atingidas, manifestando o que vem sendo denominado de consentimento informado ou vontade qualificada. Diante disso, o comando do art. 6º, III, do CDC, somente estará sendo efetivamente cumprido quando a informação for prestada ao consumidor de forma adequada, assim entendida como aquela que se apresenta simultaneamente completa, gratuita e útil, vedada, neste último caso, a diluição da comunicação efetivamente relevante pelo uso de informações soltas, redundantes ou destituídas de qualquer serventia para o consumidor. 3. A rede conveniada constitui informação primordial na relação do associado frente à operadora do plano de saúde, mostrando-se determinante na decisão quanto à contratação e futura manutenção do vínculo contratual. 4. Tendo em vista a importância que a rede conveniada assume para a continuidade do contrato, a operadora somente cumprirá o dever de informação se comunicar individualmente cada associado sobre o descredenciamento de médicos e hospitais. 5. Recurso especial provido. (REsp 1144840 / SP - Ministra NANCY ANDRIGHI - T3 - TERCEIRA TURMA - DJe 11/04/2012)

Ademais, ainda que se concluísse na possibilidade de rescisão unilateral de plano coletivo, sob a ótica dos princípios da liberdade de contratar, por outro lado, em sendo o Autor diagnosticado com doença que compromete toda sua vida em termos sociais e familiares, torna-se, a nosso ver, impossível a rescisão unilateral, devendo ser aguardada a conclusão do tratamento médico para, eventualmente, se pôr fim à avença

Em face do exposto, ponho fim à fase cognitiva do procedimento comum e na forma do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil julgo **procedente** a



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**6ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 13h00min às 17h00min**

demanda para o exato fim de condenar a ré à manutenção do contrato vigente entre as partes, ficando confirmada a tutela de urgência.

Em razão da sucumbência e por força do disposto nos artigos 82, § 2º, 84 e 85, todos do Código de Processo Civil, condeno o réu ao pagamento das despesas processuais e honorários ao advogado da autora que fixo em 10% sobre o valor da causa, observado o disposto no parágrafo 16 do artigo 85 do Código de Processo Civil e tendo em vista os parâmetros delineados nos incisos I a IV do parágrafo 2º do artigo 85 também do Código de Processo Civil.

P.I.C.

São Paulo, 15 de fevereiro de 2023.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006,  
CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**