



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
Gab. 05 - 9ª Câmara de Direito Privado

Praça João Mendes, S/Nº - Bairro: Centro - CEP: 01018-010 - Fone: - - <https://www.tjsp.jus.br/> - Email: -

APELAÇÃO Nº 1002476-30.2025.8.26.0224/SP

RELATORA: DESEMBARGADORA DANIELA MARIA CILENTO MORSELLO

APELANTE: (AUTOR)

APELANTE: (RÉU)

APELANTE: (RÉU)

APELADO: OS MESMOS

RELATÓRIO

Trata-se de recursos de apelação interpostos em face da r. sentença (evento 70, DOC118), cujo relatório se adota, que julgou parcialmente procedente a pretensão inicial para determinar a manutenção do plano de saúde da autora, com cobertura integral do seu tratamento médico, vedando-se a rescisão unilateral enquanto perdurar essa necessidade. Em razão da sucumbência, condenou as requeridas ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa.

Irresignada (evento 74, DOC121), a administradora de benefícios alega, em apertada síntese, que restou comprovado que a autora nunca integrou o quadro de funcionários da empresa onde afirmou possuir vínculo, de modo que não foi evidenciada a sua elegibilidade ao plano de saúde e, por conseguinte, trata-se de fraude na adesão. Sustenta que a rescisão contratual observou todas as formalidades legais, inclusive a notificação prévia de 60 (sessenta) dias, sendo que, por não possuir qualquer ingerência sobre a estrutura contratual ou decisão da operadora, somente comunicou a demandante. Afirma que o cancelamento do contrato com possibilidade de migração ou portabilidade atende aos princípios do Código de Defesa do Consumidor, além de a condição de saúde da requerente não se enquadrar como doença terminal ou risco de vida a invocar a incidência do Tema nº 1.082 do E. Superior Tribunal de Justiça. Defende que constitui mero elo entre os associados de uma entidade e a operadora de plano de saúde nos casos de contratos coletivos por adesão, razão pela qual é responsável somente pela gestão contratual e financeira da relação jurídica, de modo que as alegações autorais não são dirigidas à sua pessoa.

A operadora de plano de saúde, por sua vez (evento 76, DOC1), sustenta que a autora possuía ciência de que aderiu a um contrato cuja modalidade exige comprovação de elegibilidade, fazendo com que o cancelamento da sua apólice tenha ocorrido de maneira legítima, visto que, quando instada, não demonstrou o preenchimento dos requisitos necessários à manutenção contratual. Alega que, em face dos fortes indícios de fraude na contratação de plano de saúde coletivo por adesão relacionados à proponente Caixa de Assistência Nacional dos Profissionais da Indústria e do Comércio (ICERT), é caso de anulabilidade do negócio jurídico, até mesmo porque a manutenção do vínculo contratual nos termos inicialmente pactuados com a autora enseja enriquecimento sem causa e viola a boa-fé objetiva. Defende que a ausência de comprovação do vínculo associativo se trata de omissão dolosa que, caso conhecida previamente, implicaria na negativa de contratação, razão pela qual, tão logo identificada a fraude, o plano de saúde foi cancelado com a prerrogativa assegurada por lei.

A autora, por derradeiro (evento 82, DOC1), afirma que também pleiteou a aplicação da penalidade prevista no artigo 39 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS, consistente na migração para uma apólice individual, inclusive porque a norma determina que, quando um beneficiário é inserido indevidamente em um plano coletivo, o vínculo passa a ser direto entre ele e a operadora de plano de saúde, consoante artigo 15 da referida normativa, fato reconhecido em sentença. Alega que é associada da desde setembro de 2024, bem como possui histórico de diarreia crônica, desidratação e desnutrição proteico-calórica em razão da cirurgia bariátrica que realizou em 2020 e da colectomia em 2024, porém, ao precisar de atendimento médico e internação de urgência, foi informada de que não era elegível ao plano de saúde. Defende que as requeridas sempre souberam que nunca trabalhou no ramo da proponente associativa, em inobservância aos ditames da ANS, razão pela qual não pode sofrer a rescisão ilegal do contrato e deve ser enquadrada como plano individual.

Recursos tempestivos, preparados (evento 74, DOC123, evento 76, DOC2 e evento 82, DOC3) e contrarrazoados somente pela autora (evento 93, DOC1).

VOTO

Nº 19.740

Cuida-se de ação de obrigação de fazer, ajuizada por em face da sua operadora de plano de saúde e da correspondente administradora de benefícios, ao argumento de que é beneficiária de apólice coletiva por adesão desde 1º de setembro de 2024, porquanto a corretora informou que seria elegível para contratação, a despeito de ter plena ciência de que nunca trabalhou no ramo de comércio e distribuição de alimentos vinculada à entidade proponente.

Entretanto, em 26 de dezembro de 2024 (evento 1, DOC10), recebeu e-mail da administradora de benefícios requerendo atualização cadastral e envio da documentação comprobatória de elegibilidade vinculada à proponente, para que fosse assegurada a manutenção do contrato de plano de saúde, em manifesta violação ao artigo 15 da Resolução Normativa nº 557/2022.

Alega, nesse diapasão, que o contrato não poderia ser rescindido com base no artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/1998, inclusive porque não poderia ser excluída do plano de saúde em meio ao seu tratamento médico por força do quanto decidido no Tema nº 1.082 do E. Superior Tribunal de Justiça.

Após a regular instrução processual, foi proferida a sentença de parcial procedência da demanda, *in verbis*:

Verifica-se que o contrato foi celebrado diretamente com a operadora, conforme proposta de adesão (fls. 20/40) e carteira do plano (fls. 41), sendo esta responsável primária pela cobertura dos serviços contratados. A relação jurídica estabelecida entre as partes é de consumo, nos termos dos artigos 2º e 3º do Código de Defesa do Consumidor, conforme pacificado pela Súmula 469 do STJ e Súmula 100 do TJSP, aplicando-se ao contrato de plano de saúde os princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, bem como a interpretação mais favorável ao consumidor. A controvérsia central reside na rescisão unilateral do plano de saúde da autora, em meio a tratamento médico de alta complexidade, sob alegação de fraude na contratação e ausência de vínculo com a entidade contratante. A alegação de fraude não foi devidamente comprovada pelas rés. Os documentos apresentados, como o holerite de fls. 212 e o e-mail de fls. 170, não demonstram de forma inequívoca a prática de ato fraudulento pela autora. Ademais, a autora impugnou tais documentos e juntou Ata Notarial (fls. 293/294) que atesta a veracidade das comunicações com a corretora responsável pela adesão ao plano, evidenciando que não houve dolo ou má-fé por parte da contratante. Por outro lado, a autora demonstrou ter cumprido todas as exigências para a contratação, inclusive com o preenchimento da declaração de saúde. A simples alegação de fraude, sem qualquer comprovação, por parte das rés, não pode servir como fundamento para a rescisão unilateral do contrato, especialmente, face a consumidor hipossuficiente e adimplente com suas obrigações. A própria conduta da operadora e da administradora, ao permitir a adesão sem exigência de comprovação de vínculo com a entidade ICERT, atrai a aplicação do artigo 39 da RN 557/2022 da ANS, que estabelece vínculo direto e individual entre o beneficiário e a operadora, equiparando-se o contrato ao plano individual ou familiar. [...] A alegação da ré de que não possui autorização da ANS para comercializar planos individuais não afasta sua responsabilidade contratual, tampouco justifica o rompimento do vínculo em momento de vulnerabilidade da consumidora. A conduta das rés, ao autorizarem inicialmente o tratamento e posteriormente rescindirem o contrato sob alegação genérica de fraude, revela comportamento contraditório, violando o princípio da boa-fé objetiva (art. 422 do Código Civil e art. 4º, III, do CDC), frustrando a legítima expectativa da consumidora. Portanto, a rescisão contratual é nula, devendo ser mantido o vínculo contratual entre a autora e a operadora, com cobertura integral do tratamento médico necessário, nos moldes originalmente pactuados.

E, respeitado o entendimento do magistrado de primeiro grau, cabe pequena reforma no *decisum*.

Primeiramente, a despeito da alegação da autora acerca da aplicabilidade da tese fixada pelo E. Superior Tribunal de Justiça no Tema nº 1.082, os documentos acostados aos autos são insuficientes para comprovar que o estado de saúde da autora é grave ou que se encontra atualmente em tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou incolumidade física.

Verifica-se, ao contrário, que o tratamento *home care* que necessitou à época do recebimento do e-mail pela administradora de benefícios foi fornecido pela Guarulhos, e não pela operadora de plano de saúde ré (evento 1, DOC11 e evento 61, DOC99).

De todo modo, referida constatação não altera a procedência da demanda, que é medida de rigor.

Como é cediço, o artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9656/1998 veda expressamente a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde, “*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*”.

No caso em tela, ao contrário do defendido pela parte ré, inexistiu prova de fraude pela autora quando da contratação objeto da lide, cujo início ocorreu em 1º de setembro de 2024, de modo que a rescisão do contrato de plano de saúde não foi regular.

Pelo contrário, a autora evidenciou boa-fé, visto que há confissão por parte da representante da administradora de benefícios que foi feita a solicitação de aprovação do contrato coletivo por adesão da requerente pela categoria do comércio porque “*eles não estavam exigindo vínculo*”, a despeito de ela ter enviado toda a

documentação como da área da enfermagem e ter recebido a apólice pré-preenchida (evento 61, DOC98 a evento 61, DOC100).

Outrossim, a relação jurídica estabelecida entre as partes é de consumo, incidindo as normas protetivas do Código de Defesa do Consumidor, em conformidade com os termos da Súmula nº 608 do E. Superior Tribunal de Justiça: “*Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão*”.

Com isso, para além de se tratar de risco inerente à atividade, era ônus das contratadas confirmar a elegibilidade da beneficiária, em conformidade com o artigo 15 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS:

Art. 15. Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: [...]

§ 3º Caberá à operadora exigir e comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput e a condição de elegibilidade do beneficiário.

§ 4º Na forma de contratação prevista no inciso III do artigo 29 desta resolução, caberá tanto à administradora de benefícios quanto à operadora de plano de assistência à saúde comprovar a legitimidade da pessoa jurídica contratante, na forma do caput, e a condição de elegibilidade do beneficiário.

Isto é, as requeridas mantiveram o contrato da autora ativo por mais de 4 (quatro) meses até a sua utilização para fins de internação hospitalar, sem questionar a elegibilidade ou exigir, no momento da contratação, a prova do vínculo associativo com a entidade proponente.

Além de terem criado legítima expectativa na consumidora, considerado o teor da ata notarial acostada pela autora, em afronta ao *venire contra factum proprium*, não comprovaram que o suposto holerite falso foi produzido pela demandante (evento 25, DOC56),

Ademais, tem-se que o artigo 39 da referida Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS estipula que o “*ingresso de novos beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade previstos nos artigos 5º e 15 desta resolução constituirá vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar*” (grifos nossos).

Nesse diapasão, com razão a autora no que tange à necessidade de reconhecimento do vínculo direto com a operadora de plano de saúde, de modo que devem as requeridas equiparar a sua apólice nesses termos dentro do prazo de 30 (trinta) dias, sendo irrelevante a alegação de que não comercializam mais as referidas modalidades.

Em casos análogos já decidiu este E. Tribunal de Justiça:

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. CANCELAMENTO POR ALEGADA INELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO. MANUTENÇÃO DO CONTRATO APÓS ANOS DE VIGÊNCIA. BOA-FÉ OBJETIVA. VEDADO O COMPORTAMENTO CONTRADITÓRIO. SOLIDARIEDADE NA CADEIA DE FORNECIMENTO. [...] RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME 1.

Apelação interposta pela operadora de plano de saúde contra sentença que julgou procedente a ação para determinar a manutenção ativa do plano do autor, enquanto adimplidas as mensalidades, vedado o cancelamento por ausência de filiação a entidade de classe. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO 2. Há duas questões em discussão: (i) definir se a operadora de plano de saúde detém legitimidade passiva para integrar o polo da demanda; e (ii) estabelecer se é válida a rescisão unilateral do plano coletivo por adesão, baseada na alegada falta de elegibilidade do beneficiário, após anos de vigência contratual e durante tratamento médico contínuo. III. RAZÕES DE DECIDIR 3. A legitimidade passiva é aferida de acordo com a teoria da asserção, bastando que, pela narrativa inicial, a operadora seja apontada como responsável pela cobertura assistencial, sendo pertinente a sua inclusão no polo passivo. 4. O cancelamento do plano por ausência de comprovação de vínculo associativo após cerca de sete anos de vigência viola a boa-fé objetiva e configura comportamento contraditório, vedado pelo art. 422 do Código Civil. 5. A ausência de exigência prévia de comprovação de elegibilidade gera legítima expectativa no consumidor de regularidade da adesão, impedindo que a operadora invoque posteriormente essa falha para rescindir o contrato. 6. O Código de Defesa do Consumidor impõe responsabilidade solidária a todos os integrantes da cadeia de fornecimento (arts. 7º, parágrafo único; 14; 25, § 1º; 34), de modo que eventuais falhas da administradora de benefícios ou da estipulante não afastam o dever da operadora de manter o vínculo contratual. [...] 8. Não há prova de má-fé do beneficiário, inexistindo fundamento válido para justificar a rescisão unilateral. IV. DISPOSITIVO E TESE 9. Recurso desprovido. Tese de julgamento: "1. A legitimidade passiva da operadora de plano de saúde é aferida pela teoria da asserção, quando a inicial lhe atribui responsabilidade pela cobertura assistencial. 2. A operadora não pode cancelar plano coletivo por adesão sob alegação tardia de inelegibilidade do beneficiário após anos de vigência contratual, sob pena de violação à boa-fé objetiva e configuração de comportamento contraditório. 3. A responsabilidade solidária na cadeia de consumo impede a transferência ao beneficiário das falhas administrativas da administradora de benefícios ou da entidade estipulante. [...]". Dispositivos relevantes citados: CC, art. 422; CDC, arts. 7º, parágrafo único; 14; 25, § 1º; 34; CPC, art. 85, § 11. Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 2.127.738/SP, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, 3ª Turma, j. 14/10/2025; STJ, Tema 1.082; TJSP, Apelação Cível 1001592-15.2024.8.26.0651, Rel. Mara Trippo Kimura, j. 22/10/2025; TJSP, Apelação Cível 1014131-27.2024.8.26.0032, Rel. Alexandre Coelho, j. 10/10/2025; TJSP, Apelação Cível 100309437.2024.8.26.0441, Rel. Corrêa Patiño, j. 21/01/2025. (Apelação nº 1011627-73.2025.8.26.0562; Relator Marcio Bonetti; Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma II (Direito Privado 1); j. 05/02/2026).

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. RESCISÃO. ELEGIBILIDADE. TEMA 1082. DANOS MORAIS. RECURSO DESPROVIDO. 1.- Ação julgada procedente, determinada a manutenção dos autores no plano de saúde nas mesmas condições e condenada a ré ao pagamento de indenização por danos morais de R\$ 8.000,00. 2.- A questão em discussão consiste em analisar (i) a elegibilidade dos autores para permanecerem como beneficiários do plano de saúde coletivo, (ii) a possibilidade de rescisão do contrato pela operadora do plano e (iii) a caracterização de danos morais indenizáveis. 3.- A rescisão do contrato foi considerada abusiva, pois a operadora não exigiu comprovação de elegibilidade no momento da contratação, violando o princípio da boa-fé objetiva, sendo aplicável o instituto da suppressio. [...] 5.- Dano moral indenizável caracterizado, mantida a indenização no patamar fixado. 6. Recurso desprovido. (Apelação nº 1016606-75.2024.8.26.0348; Relator Alexandre Marcondes; 1ª Câmara de Direito Privado; j. 11/11/2025).

APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. PRETENSÃO DE RESTABELECIMENTO E MANUTENÇÃO DE PLANO COLETIVO CANCELADO POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO JURÍDICO COM ENTIDADE DE CLASSE. PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA DA CORRÉ, ADMINISTRADO DO PLANO. REJEIÇÃO. Acertado reconhecimento da ilicitude do cancelamento do plano de saúde. Peculiaridade do caso em que a modalidade do plano coletivo foi ofertada ao consumidor, sem restrições e sem a devida informação quanto à exigência de vinculação à entidade de classe. Aceitação dos documentos apresentados quando da adesão ao plano de saúde, com manutenção do contrato adimplido durante anos, cuja falta de elegibilidade do beneficiário foi identificada somente depois de iniciado tratamento de moléstia grave de neoplasia maligna colorretal. Comportamento contraditório e violador da boa-fé (venire contra factum proprium). Justa expectativa do consumidor de regularidade da adesão ao plano por mais de cinco anos. Beneficiário em pleno tratamento médico ante o diagnóstico de doença grave. Aplicabilidade do Tema 1082/STJ. Precedentes deste TJSP em casos análogos. Sentença mantida. NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO. (Apelação nº 1014131-27.2024.8.26.0032; Relator Alexandre Coelho; Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma I (Direito Privado 1); j. 10/10/2025).

Com fulcro no artigo 85, § 11, do Estatuto Adjetivo Civil, majora-se a verba honorária para 20% sobre o valor atualizado da causa.

Considera-se prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional declarada, observando o sólido entendimento do E. Superior Tribunal de Justiça de que “*é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida*” (EDcl no RMS nº 18.205/SP, Relator Ministro Felix Fischer, j. 18.04.2006).

Pelo exposto, voto por dar provimento ao recurso da autora e negar provimento ao recurso das requeridas.

Documento eletrônico assinado por **DANIELA MARIA CILENTO MORSELLO, Desembargadora Relatora**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <https://eproc2g.tjsp.jus.br/eproc/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador **610000141463v2** e do código CRC **d6ea4fb6**.

Informações adicionais da assinatura:
Signatário (a): DANIELA MARIA CILENTO MORSELLO
Data e Hora: 18/03/2026, às 17:52:26

1002476-30.2025.8.26.0224

610000141463.V2



Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
Gab. 05 - 9ª Câmara de Direito Privado

Praça João Mendes, S/Nº - Bairro: Centro - CEP: 01018-010 - Fone: - - <https://www.tjsp.jus.br/> - Email: -

APELAÇÃO Nº 1002476-30.2025.8.26.0224/SP

RELATORA: DESEMBARGADORA DANIELA MARIA CILENTO MORSELLO

APELANTE: (AUTOR)

APELANTE: (RÉU)

APELANTE: (RÉU)

APELADO: OS MESMOS

EMENTA

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO. RESCISÃO UNILATERAL DE CONTRATO. FRAUDE.

- 1. Sentença de parcial procedência da demanda para condenar as requeridas à manutenção da apólice da autora, nos mesmos moldes inicialmente contratados, enquanto perdurar a necessidade de tratamento médico. Irresignação de ambas as partes.**
- 2. Inteligência do artigo 13, parágrafo único, inciso II, da Lei nº 9.656/1998. Inexistência de fraude por parte da beneficiária. Rescisão unilateral do contrato que era descabida. Ata notarial que evidenciou que a autora encaminhou a documentação adequada, mas a administradora de benefícios que, além de ter encaminhado o contrato pré-preenchido, optou por enquadrá-la como associada a entidade proponente estranha à sua área de atuação. Fraude não evidenciada. Aplicação da legislação consumerista. Requeridas que possuíam o ônus de evidenciar a elegibilidade da beneficiária no momento da contratação. Precedentes deste E. Tribunal de Justiça. Inteligência dos artigos 15 e 39 da Resolução Normativa nº 557/2022 da ANS. Necessidade de reconhecimento do vínculo direto da demandante com a operadora de plano de saúde, com a consequente equiparação da apólice para plano individual.**
- 3. Recurso da autora provido e apelo das requeridas desprovido.**

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, a Egrégia 9ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo decidiu, por unanimidade, dar provimento ao recurso da autora e negar provimento ao recurso das requeridas, nos termos do relatório, votos e notas de julgamento que ficam fazendo parte integrante do presente julgado.

São Paulo, 24 de março de 2026.

Documento eletrônico assinado por **DANIELA MARIA CILENTO MORSELLO, Desembargadora Relatora**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <https://eproc2g.tjsp.jus.br/eproc/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador **610000141461v3** e do código CRC **0fb6b697**.

Informações adicionais da assinatura:

Signatário (a): DANIELA MARIA CILENTO MORSELLO

Data e Hora: 18/03/2026, às 17:52:27

1002476-30.2025.8.26.0224610000141461. V3