

# AO JUÍZO DA VARA CÍVEL DA CIRCUNSCRIÇÃO JUDICIÁRIA DO XXXXXX

**Processo nº XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

**FULANA DE TAL**, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, por intermédio da Defensoria Pública do XXXXXXXXXXXX, oferecer **RÉPLICA À CONTESTAÇÃO** apresentada por XXXXXXXXXXXX, fazendo-o pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

## **I - SÍNTESE**

A requerente ajuizou a presente ação de obrigação de fazer com pedido de tutela de urgência alegando que celebrou contrato de adesão de plano de saúde com a segunda requerida (HOSPITAL XXXXXX), por intermédio da administração da primeira requerida (ELO XXXXXXXXXXXX), em 1º/06/2019, sob a modalidade coletiva por adesão.

A intenção da requerente era a de contratar um plano de saúde na modalidade individual para si e para seu filho, contudo, foi orientada a contratar o plano de saúde na modalidade coletiva por adesão mediante pagamento de uma taxa de R\$ xxxx para associar-se a xxxx (xxxxx), mesmo sem possuir nenhum vínculo com referida classe, uma vez que estava desempregada.

Apesar do pagamento regular de todas as mensalidades pela autora, ela foi surpreendida, em 4 de abril de 2022, com um informativo do Grupo xxxx informando sobre o cancelamento de seu contrato de plano de saúde com a segunda requerida, com 60 dias de antecedência, de modo que a vigência de seu plano de saúde findaria em 2 de junho de 2022.

Sucedee, todavia, que a autora e seu filho, que figura como seu dependente no plano de saúde, estavam em meio a tratamento de saúde complexo e delicado, uma vez que seu filho sofreu um AVC e precisa de tratamento de alto custo, possui diagnóstico de autismo e deficiência auditiva, além de a requerente ter sido diagnosticada com Alelo B27, depressão e ter fortes dores de cabeça, necessitando de tratamento constante.

A conduta adotada pelas requeridas é manifestamente abusiva, uma vez que consiste na prática fraudulenta de falso contrato coletivo de adesão. Assim, a autora requereu, na inicial, que fosse determinada a conversão do negócio jurídico simulado em plano de saúde individual, com as mesmas condições de cobertura contratual e preço, sem cumprimento de novas carências, bem como o pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 15.000,00.

A tutela de urgência pleiteada foi indeferida por este d. Juízo (ID xxxxxxxx).

Após frustrada a tentativa de conciliação, os requeridos apresentaram contestação alegando, em síntese, a ilegitimidade passiva da primeira requerida, a legalidade da rescisão do contrato e a improcedência do pedido de indenização por danos morais.

Em seguida, os autos vieram à Defensoria Pública para apresentação de réplica à contestação.

## **II- DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA PRIMEIRA REQUERIDA. RELAÇÃO DE CONSUMO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA**

Em sua contestação, a primeira requerida, xxxxxxxxx, alega, em síntese, que é parte ilegítima na ação pois consiste em mera estipulante, interveniente entre as partes contratantes, sem qualquer ingerência na manutenção do contrato ou prestação de serviços. Assevera, ainda, que não tem mais vínculo contratual com a segunda requerida desde 04/06/2022.

No entanto, é cediço que a relação entabulada entre as partes  
consiste em

---

relação de consumo, conforme Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça. Assim, a primeira requerida é considerada fornecedora, ainda que a sua atividade se resuma à comercialização e intermediação do produto final, nos termos do art. 3º do CDC, sendo, portanto, solidariamente responsável por falhas na prestação do serviço.

Nesse sentido, confira-se a jurisprudência uníssona do e. TJDFT:

APELAÇÕES CÍVEIS. DIREITO CIVIL, PROCESSUAL CIVIL E DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PEDIDO DE CONCESSÃO DE EFEITO SUSPENSIVO. VIA INADEQUADA. ART. 1.012, §3º, DO CPC. CONHECIMENTO PARCIAL DO RECURSO DA OPERADORA. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA. ADMINISTRADORA DO PLANO DE SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DA ADMINISTRADORA. RECONHECIMENTO. MÉRITO. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (DUPILUMAB). TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA. AUSÊNCIA DE PREVISÃO NO ROL DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. TAXATIVIDADE. INEXISTÊNCIA DE COBERTURA CONTRATUAL. LEGALIDADE DA RECUSA PELA OPERADORA DE SAÚDE. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO. SENTENÇA

REFORMADA. 1. O pedido de concessão de efeito suspensivo demanda análise anterior ao julgamento do recurso, não podendo seu requerimento ser operado por meio da peça recursal, mas sim por petição autônoma, dirigida ao tribunal, no período compreendido entre a interposição da apelação e sua distribuição, ou ao relator, se já distribuída, assim como determina o Código de Processo Civil, no §3º do seu artigo 1.012. Conhecimento parcial do recurso da operadora. 2. **Consoante o enunciado de Súmula nº 608 do colendo 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."** 3. **A administradora de benefícios, embora possua atividade distinta da operadora de plano de assistência à saúde, responde solidariamente por eventuais falhas na prestação do serviço. Preliminar de ilegitimidade passiva rejeitada.** 4. A Agência Nacional de Saúde Suplementar editou a Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, que expressamente estabelece a natureza taxativa do Rol de Procedimentos e Eventos

em Saúde de cobertura assistencial obrigatória a ser garantida pelos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1.999, de modo que as operadoras devem oferecer, imprescindivelmente, os procedimentos listados no referido Rol, podendo, no entanto, mediante expressa previsão contratual, oferecer cobertura maior. 5. Estando a negativa do plano de saúde baseada no contrato e legislação de regência, não há abusividade na conduta da operadora de saúde em recusar o tratamento ao paciente. 6. Em que pese caiba ao profissional médico, que possui os conhecimentos e a experiência necessária para exercer o papel

de assistente na indicação do melhor tratamento a ser seguido, não basta a prescrição de determinada terapêutica ou medicamento para se impor a sua cobertura, mas a previsão no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou no contrato, sob pena de inviabilizar economicamente os planos de saúde. 7. É legítima a recusa da operadora de plano de saúde ao fornecimento de medicamento, sob o argumento de que este não consta do Rol da Agência Nacional de Saúde Complementar como de cobertura obrigatória, o qual, rememore-se, possui natureza taxativa, tampouco do contrato de seguro saúde entabulado entre as partes. 8. Aferida a legitimidade da recusa do plano de saúde em fornecer medicamento e serviço não previsto no rol da ANS, não há que se falar em ocorrência de dano moral ao segurado. 9. Apelação da primeira ré parcialmente conhecida e provida. Apelação da segunda ré conhecida, preliminar rejeitada e, no mérito, provida. (Acórdão 1437846, 07425566920218070001, Relator: SIMONE LUCINDO, 1ª Turma Cível, data de julgamento: 13/7/2022, publicado no PJe: 25/7/2022. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Ademais, o fato de a primeira requerida ter rescindido seu contrato com a segunda ré em 04/06/2022 não a exime da responsabilidade assumida no período anterior à rescisão do contrato.

Assim, pugna-se pela rejeição da preliminar de ilegitimidade aventada.

### **III- DA ILEGALIDADE DA RESCISÃO CONTRATUAL. FALSO CONTRATO COLETIVO DE ADESÃO**

Os requeridos alegam, em resumo, que o cancelamento do plano de saúde foi realizado em estrita observância aos dispositivos legais, uma vez que observou a antecedência mínima de 60 dias e o prazo mínimo de um ano de contratação, nos termos do art. 9º da Resolução Normativa nº 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Asseveram, ainda, que estavam disponíveis para providenciar a portabilidade para outro plano de saúde, contudo, não houve requerimento da autora nesse sentido.

Sucedee, todavia, que o argumento dos requeridos parte da premissa de que o contrato coletivo firmado entre as partes foi válido, no entanto, a contratação foi oriunda de simulação proposta pelos requeridos.

Conforme alegado na exordial, a requerente buscou a primeira requerida a fim

---

de contratar um plano de saúde individual, uma vez que estava desempregada à época, mas foi compelida a aderir a uma associação à qual não pertencia, qual seja, a xxxxxxxx (Associação de Microempreendedores Individuais do Brasil), com a finalidade de aderir a um plano de saúde coletivo.

Com efeito, essa prática fraudulenta é corriqueira entre os planos de saúde, uma vez que a legislação pátria impõe mais restrições aos planos de saúde individuais em comparação com os coletivos. O consumidor, então, que figura em situação de vulnerabilidade no negócio jurídico firmado com o fornecedor, é compelido a aderir falsamente a alguma associação de classe com a finalidade de contratar um plano de saúde coletivo que, em tese, lhe seria mais vantajoso.

Frise-se que não houve má-fé da contratante, uma vez que as orientações do plano de saúde foram convincentes no sentido de que seria legítimo realizar tal contratação, além de ser supostamente mais vantajoso.

Nesses casos, a jurisprudência deste Tribunal é firme no sentido de que o contrato deve ser considerado de plano individual para todos os efeitos legais, de modo que devem ser aplicadas as normas de rescisão dos planos individuais. Confira-se:

APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSO CIVIL E CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DA OPERADORA. REJEIÇÃO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE A OPERADORA E A ADMINISTRADORA/CORRETORA DO PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO. "FALSO COLETIVO". CONTRATAÇÃO IRREGULAR. EQUIPARAÇÃO AO PLANO INDIVIDUAL. CANCELAMENTO CONTRATUAL. ILEGALIDADE.



---

RESTABELECIMENTO DA COBERTURA NA  
MODALIDADE INDIVIDUAL. FALHA NA  
PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. INDENIZAÇÃO  
POR DANOS MORAIS.

CABIMENTO. VALOR MANTIDO. 1. O  
entendimento desta egrégia Corte de Justiça é no  
sentido de que é solidária a responsabilidade entre  
a operadora e a administradora/corretora do plano  
de saúde, sendo permitido, portanto, que a parte  
autora demande contra qualquer delas, ou contra  
ambas, pela prestação de serviço, dada a  
legitimidade passiva destas. Preliminar rejeitada. 2.  
Cabe tanto à operadora quanto à administradora do  
plano de saúde, a responsabilidade de comprovar a  
condição de elegibilidade do

beneficiário do plano coletivo por adesão. Essa obrigação é de suma importância, pois a sua não observância implica vínculo direto e individual do beneficiário com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar. 3. Não tendo a parte ré se desincumbido de demonstrar a elegibilidade da autora como beneficiária do plano de saúde (art. 373, inciso II, CPC), deve o contrato em questão ser considerado como um "falso coletivo". 4. **Não havendo provas de que houve má-fé da contratante ou de que esta agiu com intenção de fraudar a lei, deve o plano de saúde contratado ser considerado plano individual para todos os efeitos legais, de modo que devem ser aplicadas as normas de rescisão dos planos individuais.** 5. Resta configurada a falha na prestação do serviço, se a seguradora não cumpriu as determinações legais previstas na legislação de regência quando da rescisão do contrato, 6. A rescisão unilateral do plano de saúde coletivo sem o cumprimento das determinações legais previstas extrapola o mero aborrecimento decorrente do inadimplemento contratual e enseja a compensação pelo dano moral sofrido. 7. O quantum indenizatório arbitrado a título de danos morais deve atender aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, considerando-se, no caso concreto, a extensão e a gravidade do dano, a capacidade econômica do agente, além do caráter punitivo-pedagógico da medida. Valor mantido. 8. Apelo não provido. (Acórdão 1427172, 07524246020208070016, Relator: ARNOLDO CAMANHO, 4ª Turma Cível, data de julgamento: 26/5/2022, publicado no DJE: 14/6/2022. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO DO CONSUMIDOR. OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM DANOS MORAIS E MATERIAIS. PLANO DE SAÚDE. "FALSO COLETIVO" POR ADESÃO. FORNECEDORES. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA.

RESCISÃO UNILATERAL. AUSÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO PRÉVIA. NEGATIVA DE PROCEDIMENTO. DANO MORAL CONFIGURADO. 1. As apelações versam sobre a rescisão unilateral de contrato de adesão a seguro de saúde sem notificação prévia da

paciente/segurada (portadora de câncer de mama), resultando em negativa de atendimento médico pelo seguro em meio a situação de emergência. 2. **O caso dos autos retrata o que se conhece como plano de saúde "falso coletivo". "Tal contratação é uma simulação de plano de saúde coletivo, em que o plano de saúde é de natureza individual, mas com roupagem de plano coletivo. Ou seja, pessoas individuais que não possuem vínculo com a empresa, associação, sindicato, etc, conseguem aderir a um plano coletivo. Dito isso, a alegação da parte ré que foi vítima de fraude não merece prosperar, porquanto a responsabilidade de verificar a legitimidade da**

**pessoa jurídica, bem como a elegibilidade de cada beneficiário é da operadora e da administradora do plano de saúde, conforme disposição dos §§ 3º e 4º do art.9º da Resolução Normativa nº 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). De forma que a parte ré não agiu com a cautela necessária no momento da checagem das condições de admissão. Ademais, esta mesma resolução prevê no art. 32 que, uma vez permitido o ingresso de beneficiários que não atendam aos requisitos de elegibilidade, constituir-se-á vínculo direto e individual com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar.**

(Acórdão 1229800, 07008791220198070007,

Relator: JOÃO LUÍS

FISCHER DIAS, Segunda Turma Recursal, data de julgamento: 12/2/2020, publicado no DJE: 21/2/2020. Pág.: Sem Página Cadastrada.) 3. In casu, a não observância dos requisitos legais resulta na responsabilidade civil da seguradora, tendo em vista que o cancelamento indevido de contrato de plano de saúde, enquanto ato ilícito, ocasiona danos morais indenizáveis na modalidade in re ipsa. Ainda que não fossem presumidos, há violação dos atributos da personalidade da paciente que tem o contrato abruptamente cancelado, violando a expectativa de manter a cobertura assistencial contratada, especialmente quando ela está sendo submetida a tratamento de câncer de mama. 4. É ilegal o cancelamento unilateral do plano de saúde coletivo por adesão em razão de suposta fraude, sem a prévia notificação do segurado. A indenização por danos morais deve observar parâmetros de fixação, como a extensão do dano, a repercussão na esfera pessoal da vítima, a função preventiva da indenização e, por fim, o grau de culpa e a capacidade financeira do ofensor, acrescidos da proporcionalidade e da razoabilidade que devem ser mantidas, a fim de se evitar o enriquecimento sem causa da parte contemplada.

5. Apelações conhecidas e não providas. (Acórdão 1415634, 07021614620198070020, Relator: JOÃO LUÍS FISCHER DIAS, 5ª Turma Cível, data de julgamento: 19/4/2022, publicado no DJE: 31/5/2022. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Cumprе ressaltar que restou incontroversa nos autos a alegação no sentido de que a autora não é microempREENDEDORA individual, tendo aderido à associação apenas por orientação das requeridas. Nesse sentido, considerando a simulação verificada, o plano de saúde deve ser considerado como individual ou familiar, nos termos do art. da Resolução Normativa nº 195 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e art. 167 do Código Civil.

Ainda que assim não fosse, os requeridos não comprovaram a oferta de plano de saúde individual ou familiar após o cancelamento do plano de saúde supostamente

coletivo. O e-mail juntado aos autos demonstra apenas que a operadora informou que entraria em contato para providenciar a portabilidade, contudo, isso não ocorreu, tampouco foi comprovado pelos requeridos.

A alegação de que a operadora estava à disposição para providenciar a portabilidade caso fosse provocada pela consumidora não é suficiente para caracterizar a legalidade do cancelamento, uma vez que é necessária a efetiva oferta de outro plano de saúde, nas mesmas condições e sem prazo de carência, o que não ocorreu no caso em epígrafe.

Assim, a parte autora reitera os argumentos exarados na inicial, sendo certo que os requeridos não comprovaram fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito.

#### **IV- DA INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. CANCELAMENTO INDEVIDO DO PLANO DE SAÚDE. CONSUMIDOR EM TRATAMENTO DE SAÚDE. DANO MORAL *IN RE IPSA***

Os réus buscam, por fim afastar o dano moral, sob o argumento de que não praticou ato ilícito capaz de prejudicar moralmente a autora.

Contudo, tais argumentos não merecem proceder, pois o prejuízo está configurado. Com efeito, o contrato de plano de saúde foi unilateralmente rescindido pelo fornecedor, de modo que a requerente e seu dependente foram surpreendidos em meio a tratamentos de saúde, conforme os documentos acostados à inicial.

Nesse sentido caminha o entendimento deste e. Tribunal:

APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSO CIVIL E CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE

FAZER C/C DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO. PRELIMINAR DE  
ILEGITIMIDADE PASSIVA DA OPERADORA. REJEIÇÃO.  
RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE A  
OPERADORA E A ADMINISTRADORA/CORRETORA DO  
PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DA  
CONDIÇÃO DE ELEGIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO.  
"FALSO COLETIVO". CONTRATAÇÃO IRREGULAR.  
EQUIPARAÇÃO AO PLANO INDIVIDUAL.  
CANCELAMENTO  
CONTRATUAL.

ILEGALIDADE. RESTABELECIMENTO DA COBERTURA NA MODALIDADE INDIVIDUAL. FALHA NA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. CABIMENTO.

VALOR MANTIDO. 1. O entendimento desta egrégia Corte de Justiça é no sentido de que é solidária a responsabilidade entre a operadora e a administradora/corretora do plano de saúde, sendo permitido, portanto, que a parte autora demande contra qualquer delas, ou contra ambas, pela prestação de serviço, dada a legitimidade passiva destas. Preliminar rejeitada. 2. Cabe tanto à operadora quanto à administradora do plano de saúde, a responsabilidade de comprovar a condição de elegibilidade do beneficiário do plano coletivo por adesão. Essa obrigação é de suma importância, pois a sua não observância implica vínculo direto e individual do beneficiário com a operadora, equiparando-se para todos os efeitos legais ao plano individual ou familiar. 3. Não tendo a parte ré se desincumbido de demonstrar a elegibilidade da autora como beneficiária do plano de saúde (art. 373, inciso II, CPC), deve o contrato em questão ser considerado como um "falso coletivo". 4. Não havendo provas de que houve má-fé da contratante ou de que esta agiu com intenção de fraudar a lei, deve o plano de saúde contratado ser considerado plano individual para todos os efeitos legais, de modo que devem ser aplicadas as normas de rescisão dos planos individuais. 5. Resta configurada a falha na prestação do serviço, se a seguradora não cumpriu as determinações legais previstas na legislação de regência quando da rescisão do contrato, 6. A rescisão unilateral do plano de saúde coletivo sem o cumprimento das determinações legais previstas extrapola o mero aborrecimento decorrente do inadimplemento contratual e enseja a compensação pelo dano moral sofrido. 7. O quantum indenizatório arbitrado a título de danos morais deve atender aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, considerando-se, no caso concreto, a extensão e a gravidade do dano, a capacidade econômica do agente, além do caráter punitivo-pedagógico da medida. Valor mantido. 8. Apelo não provido. (Acórdão 1427172, 07524246020208070016, Relator: ARNOLDO CAMANHO, 4ª Turma Cível, data de julgamento: 26/5/2022, publicado no DJE: 14/6/2022. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

Dessa forma, nota-se que o cancelamento do plano de saúde foi abusivo, especialmente diante do seu caráter de falso coletivo,



conforme narrado no tópico anterior. Por essas razões, reitera-se que os réus devem, sim, ser condenadas ao pagamento de indenização por danos morais, ressaltando-se que o valor postulado é justo e razoável diante da extensão do dano causado.

## **V - DA CONCLUSÃO**

Em vista do exposto, pugna-se pela PROCEDÊNCIA dos pedidos iniciais e pela completa IMPROCEDÊNCIA da contestação, com rejeição da preliminar de ilegitimidade passiva suscitada.

XXXXXXXX

**Fulana de tal**

Defensoria Pública do xxqxxxxxxxxx

.