



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2025.0000293271**

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1039997-27.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada MARIANA TAI DE ARAUJO DALOSTA,.

**ACORDAM**, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negaram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 26 de março de 2025.

**HERTHA HELENA DE OLIVEIRA**

**Relatora**

Assinatura Eletrônica

**Apelação Cível 1039997-27.2024.8.26.0100**

**Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde**

**Apelado: Mariana Tai de Araujo Dalosta,  
São Paulo**

**Procedimento Comum Cível**

**Juiz prolator: Ju Hyeon Lee**

**Voto nº 19422**

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR E CONTRATUAL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. EXCLUSÃO DE DEPENDENTE SEM PRÉVIA COMUNICAÇÃO. ABUSIVIDADE. DANO MORAL CONFIGURADO. RECURSO DESPROVIDO.

**I. CASO EM EXAME**

Recurso de apelação interposto por SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE contra sentença que julgou parcialmente procedente ação de obrigação de fazer c.c. indenização por danos morais, determinando o restabelecimento do plano de saúde da autora e condenando a ré ao pagamento de R\$1.500,00 a título de danos morais, além das custas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa.

**II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO**

Há duas questões em discussão:

- (i) definir se a exclusão da autora, como dependente do plano de saúde, foi abusiva à luz do Código de Defesa do Consumidor (CDC);
- (ii) verificar a configuração do dano moral em razão da conduta da operadora do plano de saúde.

**III. RAZÕES DE DECIDIR**

Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, excetuados os administrados por entidades de autogestão, conforme a Súmula 608 do STJ, sendo necessária a interpretação mais favorável ao consumidor, nos termos do artigo 47 do CDC.

A cláusula contratual que prevê a exclusão de dependente ao atingir 21 anos, sem comprovação de dependência econômica no Imposto de Renda, não pode ser aplicada de forma automática e sem respeito à boa-fé objetiva e à equidade (art. 51, IV, do CDC).

A autora comprovou a dependência econômica por meio da apresentação da Declaração de Imposto de Renda do titular, atendendo ao requisito imposto pela própria operadora, o que torna a exclusão abusiva.

A exclusão abrupta do plano de saúde, sem comunicação prévia adequada e sem resposta à comprovação enviada pelo titular, configura falha na prestação do serviço, colocando em risco a saúde da beneficiária, o que excede o mero aborrecimento e enseja a reparação por danos morais.

O valor fixado para a indenização pelos danos morais experimentados (R\$ 1.500,00) revela-se adequado à hipótese, considerando-se a ausência de recurso da parte autora a respeito do montante.

A majoração dos honorários de sucumbência para 15% do valor da causa encontra respaldo na tese firmada no Tema 1059 do STJ.

#### IV. DISPOSITIVO E TESE

Recurso desprovido.

Tese de julgamento:

A exclusão de dependente do plano de saúde, sem adequada análise da documentação apresentada e sem comunicação prévia efetiva, caracteriza prática abusiva à luz do Código de Defesa do Consumidor.

A rescisão unilateral de contrato de plano de saúde, sem prévia comunicação, colocando em risco a saúde do consumidor, enseja a condenação por danos morais.

Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 5º, XXXII; CDC, arts. 47 e 51, IV; CPC, art. 487, I; Código Civil, art. 114.

Jurisprudência relevante citada: STJ, Súmula 608; STJ, Tema 1059.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 307/309 que, em ação de obrigação de fazer c.c. pedido de indenização por danos morais, assim dispôs:

*"Ante o exposto, julgo parcialmente procedente o pedido da parte autora, nos termos do artigo 487, inciso I, do CPC, para determinar que a parte ré restabeleça o plano de saúde em nome da parte autora, bem como para condenar a parte ré ao pagamento de danos morais de R\$1.500,00, corrigidos e com juros legais a partir do arbitramento.*

*Em razão da sucumbência majoritária, condeno a parte ré ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como de honorários advocatícios, os quais arbitro em 10% sobre o valor da causa".*

Insurge-se SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, operadora demandada (fls. 322/338).

Sustenta a apelante que a inclusão de dependentes é uma faculdade oferecida ao segurado, seguindo as diretrizes impostas pela legislação do Imposto de Renda e da previdência social, conforme expressamente previsto na cláusula 2.6 do termo de condições gerais da apólice.

Observa que a legislação do imposto de renda e o INSS consideram como dependente o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos, ou inválido, ou que tenha deficiência intelectual ou mental que o torne absoluta ou relativamente incapaz, assim declarado judicialmente, podendo, no que tange ao imposto de renda, a idade ser estendida aos 24 anos, caso os dependentes estejam cursando estabelecimento superior de ensino ou escola técnica de segundo grau.

Desse modo, alega, a autora perdeu suas condições de elegibilidade, tendo em vista sua faixa etária atual, aliada ao fato de que não apresenta qualquer tipo de deficiência física ou mental.

Ressalta que, na notificação enviada à recorrida com 90 dias de antecedência, foi concedido prazo de 60 dias para a comprovação de que ela permanecia na condição de dependente econômico da titular, sob pena de ser excluído. Entretanto, argui, a recorrida não se desincumbiu de tal ônus. Além disso, foi facultada a possibilidade de solicitação da portabilidade de seu plano para a contratação de um novo produto sem carência e/ou cobertura parcial temporária.

Segundo a apelante, no caso em análise, não há que se falar em *supressio* e *surrectio*, na medida em que sua atuação se pautou, sempre, nas cláusulas do contrato e na legislação aplicável.

Além disso, afirma, não há que se falar em expectativa de direito, pois a recorrida tem 22 anos de idade.

O fato de, até o presente momento, a dependente não ter sido excluída em razão da sua inelegibilidade, aduz, não significa, de maneira automática, a perda do direito da seguradora apelante de fazê-lo. Na esteira do quanto previsto no artigo 114 do Código Civil, defende, a renúncia às cláusulas de um negócio jurídico não pode ser tácita.

Observa que, consoante recente julgamento proferido pela C. Corte Superior, os institutos da *supressio* e da *surrectio* somente podem ser aplicados em situações excepcionais.

Por fim, argui, não há que se falar em dano moral *in re ipsa*, porquanto não houve conduta abusiva ou ilícita da recorrente, a qual se baseou estritamente nas previsões do contrato e, nesta senda, configura exercício regular do direito.

Requer a reforma da r. sentença.

Recurso regularmente processado, com a apresentação de contrarrazões às fls. 346/359.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

### **É o relatório.**

A irresignação não prospera.

De proêmio, cabe salientar que o contrato celebrado entre as partes se submete às regras da Lei nº 8.078/90, consoante sedimentado na Súmula 608 do C. 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."*

Na esteira do quanto previsto no Código de Defesa

do Consumidor, as cláusulas contratuais devem ser interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor (art. 47), caracterizando-se como abusivas aquelas que o coloquem em desvantagem exagerada ou sejam incompatíveis com a boa-fé e a equidade (art. 51, IV).

Pois bem.

Resta incontroverso nos autos que a recorrida/demandante, filha do titular do plano, nascida em 15.11.2001, figura como dependente deste no seguro saúde administrado pela recorrente.

Conforme se depreende dos e-mails reproduzidos às fls. 78/91, em 14/02/2024, o titular do plano entrou em contato com a operadora para entender o motivo da redução do valor de sua mensalidade e foi informado de que sua dependente havia sido excluída do plano por ter completado 21 anos, o que lhe causou perplexidade (fl. 78). No dia seguinte, 15/02/2024, a SUL AMÉRICA respondeu ao questionamento, confirmando a exclusão e esclarecendo que, caso a jovem ainda fosse dependente financeira do titular no Imposto de Renda, seria necessária a apresentação de comprovação nesse sentido. Na resposta eletrônica, destacou-se a seguinte orientação: "*o dependente precisa ser dependente financeiro do titular do seguro no Imposto de Renda*" (fls. 80/81).

Em 19/02/2024, o titular enviou sua Declaração de Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF) para comprovar a dependência econômica da jovem em relação ao genitor (fl. 79). Contudo, até 07/03/2024, não havia recebido qualquer resposta da operadora, o que motivou a propositura do presente feito

Às fls. 108/119 está reproduzida, na íntegra, a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Física do titular apresentada em 2023. Nela consta expressamente a menção de que MARIANA TAI

DE ARAUJO DALOSTA é sua dependente.

Ora, consoante informado pela própria operadora no e-mail supra mencionado, uma vez comprovada a indicação de dependência econômica no Imposto de Renda do titular, é possível a manutenção do dependente no plano de saúde.

No caso vertente, referida dependência restou devidamente comprovada, nos termos estipulados pela SUL AMÉRICA.

Logo, a exclusão efetivada afigura-se abusiva.

A propósito da condenação ao ressarcimento por danos extrapatrimoniais, não se olvida que, via de regra, o descumprimento contratual não gera, por si só, dano moral indenizável. Embora a conduta seja reprovável, se não acompanhada de outros fatos graves que configurem a dor moral, não é suficiente para configurar o dano moral indenizável.

Entretanto, compreende-se dos fatos acima analisados que a gravidade da situação narrada não pode ser caracterizada como mero descumprimento contratual ou dissabor, uma vez que o plano de saúde da autora/recorrida foi cancelado abruptamente, sem prévio aviso (registre-se não ter a apelante trazido aos autos qualquer elemento de prova apto a afastar o quanto demonstrado nos correios eletrônicos apresentados pela demandante).

Com efeito, há uma enorme desproporção de forças entre o consumidor e o prestador de serviços, que simplesmente não cumpriu sua parte no contrato, frustrando o objeto do contrato pactuado, e, por consequência, colocando à saúde da beneficiária em risco.

Observo, ainda, que o montante fixado para a indenização, qual seja, R\$ 1.500,00, afigura-se pouco expressivo;

todavia, como não houve insurgência da parte autora, há que ser mantido.

Assim, a r. sentença não merece qualquer reparo.

Face ao ora decidido e tendo em vista a tese firmada pelo C. STJ quando do julgamento do Tema 1059, majoro os honorários de sucumbência devidos pela recorrente aos patronos da autora para 15% do valor atualizado da causa.

Previno às partes que a interposição de embargos de declaração contra esta decisão poderá acarretar a condenação à penalidade fixada no artigo 1.026, §2º do CPC, caso sejam declarados manifestamente inadmissíveis, protelatórios ou improcedentes.

De qualquer modo, para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional, observando o pacífico entendimento do Superior Tribunal de Justiça no sentido de que, tratando-se de prequestionamento, é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (*EDROMS 18205/SP, Ministro FELIX FISCHER, DJ 08.05.2006*).

Ante o exposto, por meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos da fundamentação.

**HERTHA HELENA DE OLIVEIRA**

**Relatora**

Assinatura Eletrônica