



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000306519

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2241336-29.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que são agravantes MICHELE BESEN (REPRESENTANDO MENOR(ES)), LEA BESEN BERENSTEIN (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), SAULO BESEN BERENSTEIN (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e FLÁVIO DAVID BERENSTEIN (REPRESENTANDO MENOR(ES)), é agravado SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente) E MARCIA DALLA DÉA BARONE.

São Paulo, 28 de março de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

AGRAVO DE INSTRUMENTO

Processo nº 2241336-29.2024.8.26.0000

Nº de 1ª Instância: 1128624-07.2024.8.26.0100

Comarca: São Paulo (10ª Vara Cível Central)

Agravante: Michele Besen e outros

Agravado: Sul América Serviços de Saúde S/A

Juiz: Danielo Fadel de Castro

Voto n. 34.949

EMENTA: Direito Civil. Agravo de Instrumento. Seguro Saúde. Provimento.

I. Caso em Exame

Agravo de instrumento interposto contra decisão que indeferiu tutela de urgência para manutenção dos autores em seguro saúde. Autores são beneficiários desde 1995 e 2015, respectivamente, e foram surpreendidos com a exigência de comprovação de dependência financeira para manutenção no plano, sob pena de exclusão.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em verificar a legalidade da exigência de comprovação de dependência financeira para manutenção dos autores no plano de saúde, considerando a ausência de tal exigência por anos.

III. Razões de Decidir

3. A operadora de saúde, por sua conduta omissiva, criou a expectativa de manutenção do contrato sem exigência de comprovação de dependência financeira, contrariando o dever de informação do Código de Defesa do Consumidor.

4. A exclusão dos autores esbarra na proibição do comportamento contraditório, quebrando a relação de lealdade e confiança consolidada no tempo.

IV. Dispositivo e Tese

5. Dá-se provimento ao agravo de instrumento, confirmando-se a liminar do relator.

Tese de julgamento: 1. A operadora de saúde não pode exigir comprovação de dependência financeira após anos de manutenção dos beneficiários no plano sem tal exigência. 2. O dever de informação é essencial nas relações de consumo, devendo ser claro e inequívoco.

Legislação Citada: CPC/2015, art. 300; Código de Defesa do Consumidor, art. 6º, inciso III.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp 1324430/SP, Rel. Ministra Nancy Andrigli, Terceira Turma, j. 19/11/2013; STJ, REsp 1354983/SE, Rel. Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, j. 16/05/2013; STJ, REsp 1805473/DF, Rel. Ministro Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, j. 03/03/2020; STJ, REsp n.

2.049.636/SP, Rel. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva,
Terceira Turma, j. 25/04/2023.

Trata-se de agravo de instrumento, com pedido de liminar, nos autos de ação indenizatória, da decisão de fls. 66 dos autos principais, que indeferiu a tutela de urgência para manutenção dos autores no plano de saúde.

Sustentam os recorrentes, que a autora Michele é segurada da ré, desde 16/02/1995, em plano de saúde familiar, não adaptado, no contrato de seu genitor e que os gêmeos, filhos de Michele, são segurados desde o nascimento, em 01/04/2015, ocorrendo que, em maio de 2024, foram surpreendidos com a notícia de exclusão do plano, caso não demonstrassem a dependência financeira com o titular do plano, nas regras da Receita Federal. Relatam que não têm vínculo de dependência fiscal com o genitor/avô e que o prazo de encerramento de 90 (noventa) dias termina dia 25/08/2024, data em que deixarão de ter cobertura do plano de saúde. Argumentam que a operadora requerida os manteve, por anos, no plano, sem qualquer questionamento ou óbice para inclusão dos autores e, agora, de forma abrupta e infundada, pretende suas exclusões, e é fato notório que as operadoras querem acabar com contratos antigos, individuais ou familiares, anteriores à Lei 9.656/98 e criaram embaraço para a continuidade dos autores no plano de saúde.

Requerem a concessão da tutela provisória para que sejam mantidos no contrato, com a emissão dos boletos de pagamentos das mensalidades.

Deferida a tutela antecipada, para determinar a manutenção dos agravantes no plano de saúde, com a devida emissão, mensal, dos boletos de pagamento, sob pena de multa diária fixada em R\$ 2.000,00 limitada inicialmente a R\$ 60.000,00, foram apresentadas contrarrazões sustentando-se a manutenção da decisão recorrida (fls. 31/40).

A Procuradoria Geral de Justiça opinou pelo provimento do recurso (fls.45/47).

É o Relatório.

Em conformidade com o art. 300 do CPC/2015, a tutela provisória de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

Como distingue Calamandrei: “possível é o que pode ser verdadeiro; verossímil é o que tem aparência de ser verdadeiro. Provável seria, etimologicamente, o que se pode provar como verdadeiro”.

Acentua Daniel Amorim Assumpção Neves¹ que: "o convencimento do juiz para a concessão da tutela de urgência passa pela parte fática da demanda, já que o juiz só aplicará o direito ao caso concreto em favor da parte se estiver convencido, ainda que em juízo de probabilidade, da veracidade das alegações de fato da parte".

O juiz deve conceder a tutela de urgência se convencido, ainda que em cognição sumária, do direito da parte e do *periculum in mora*, o que ocorre na pretensão recursal formulada.

¹ NEVES, Daniel Amorim Assumpção. Novo Código de Processo Civil Comentado Artigo por Artigo. Salvador: Ed. Juspodivm, 2016, p.476.

No caso, os autores demonstraram que, há anos, são beneficiários do seguro saúde, cujo titular é o genitor/avô, sem que qualquer obstáculo lhes tenha sido posto para que fossem inseridos e mantidos no plano de saúde. Apenas, agora, recebem a exigência de comprovação de dependência financeira do titular, nas regras da Receita Federal, o que não possuem.

A Operadora não opôs à permanência dos autores como beneficiários a condição de dependente financeira, nem tampouco exigiu periodicamente a comprovação da manutenção da condição de dependente econômico, criando, por sua própria conduta omissiva, a justa expectativa de manutenção do contrato por tempo indeterminado, não havendo expresse esclarecimento acerca de limite de idade ou dependência econômica, contrariando o Código Consumerista que exige informações adequadas, claras e inequívocas, o que não deflui de mera referência à dependência econômica conforme "legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social".

O dever de informar, alerta Cláudia Lima Marques², representa no CDC, “um verdadeiro dever essencial, dever básico (art. 6º, inciso III) para a harmonia e transparência das relações de consumo. O dever de informar passa a ser natural na atividade de fomento ao consumo, na atividade de toda a cadeia de fornecedores, é verdadeiro ônus atribuído aos fornecedores, parceiros contratuais ou não do consumidor”.

O dever de informação nas relações contratuais é indissociável dos deveres de boa-fé objetiva, cooperação e cuidado.

² MARQUES, Cláudia Lima. Contratos no Código de Defesa do Consumidor: O novo regime das relações contratuais. 5ª ed. São Paulo: RT. 2005, p.771-2.

Nesta ótica, a exclusão esbarra na proibição do comportamento contraditório, pois quebra a relação de lealdade e confiança consolidada no tempo.

Há verossimilhança nas alegações dos autores e o perigo na demora decorre do fato que poderão ver-se descobertos de seguro saúde, sem que tenham tido a possibilidade de discutir as ações da requerida e verificar a legalidade delas.

Assim, prudente que, enquanto se discute o acerto e o momento da exigência feita pela operadora de saúde, permaneçam os autores segurados, arcando, com os prêmios como fizeram em todos esses anos.

Deve-se salientar que pela aplicação da Teoria da Asserção "as condições da ação são verificadas em abstrato, tomando-se por verdadeiras as assertivas do demandante na petição inicial "(REsp 1324430/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 19/11/2013, DJe 28/11/2013; REsp 1354983/SE, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 16/05/2013, DJe 22/05/2013), sendo entendimento que "as condições da ação devem ser aferidas a partir da teoria da asserção, reconhecendo-se a legitimidade passiva 'ad causam' pelos argumentos aduzidos, em um exame puramente abstrato, de que o réu pode ser o sujeito responsável pela violação do direito subjetivo do autor" (REsp 1805473/DF, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 03/03/2020, DJe 09/03/2020).

A carência da ação arguida em contrarrazões não pode ser conhecida por esta via, por não se inserir no rol do art. 1.015 do

CPC/2015, além do mais em conformidade com a Súmula n. 101 deste TJSP: "o beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe" e o STJ tem reconhecido a legalidade da inclusão de netos no plano de saúde do avô, seja plano individual ou coletivo, adaptado ou não **dias, contado do parto**. 11. Recurso especial parcialmente provido" (REsp n. 2.049.636/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 25/4/2023, DJe de 28/4/2023).

Pelo exposto, **DÁ-SE PROVIMENTO** ao agravo de instrumento, confirmando-se a liminar do relator.

ALCIDES LEOPOLDO

RELATOR

Assinatura Eletrônica