



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro:2025.0000312582

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos destes autos do Apelação Cível nº 1007651-96.2024.8.26.0011, da Comarca São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, são apelados LUCIANA LAGE e ARMANDO LAGE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª 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 do Exmos. Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente), DONEGÁ MORANDINI E VIVIANI NICOLAU.

São Paulo, 31 de março de 2025

JOÃO PAZINE NETO

RELATOR

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível Nº 1007651-96.2024.8.26.0011

Comarca: São Paulo

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelados: Luciana Lage e Armando Lage

Juiz sentenciante: Miguel Ferrari Júnior

Voto nº 42.329

Ação de obrigação de fazer. Restabelecimento de plano de saúde. Beneficiária dependente do titular do plano. Plano cancelado, sob o argumento de ausência de elegibilidade da coautora. Incidência do princípio da boa-fé objetiva. Inércia da Ré em exigir o cumprimento de cláusula contratual e por longo período. Restabelecimento / manutenção do plano de saúde da Autora que se impõe. Tratamento quimioterápico a que submetida a Autora que não pode ser interrompido, em que pese ocorra mudança dos medicamentos em seu curso. Inexistente a alegada preclusão e/ou inovação dos pedidos. Tutela de urgência que determinou a continuidade do tratamento, tacitamente confirmada pela r. sentença de procedência. Honorários de sucumbência que não comportam redução, pois não se mostraram excessivos. Sentença de procedência mantida. Honorários sucumbenciais não majorados, pois já arbitrados em seu patamar máximo (20% sobre o valor da causa). Recurso não provido.

Trata-se de ação de obrigação de fazer, julgada procedente pela r. sentença de págs. 190/193, cujo relatório adoto, complementada pela r. decisão de pág. 201, para condenar a Ré à obrigação de fazer, consistente na manutenção da Autora no contrato firmado com a Ré. Em razão da sucumbência, condenou a Ré ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios, estes arbitrados em 20% sobre o valor atualizado da causa.

1007651-96.2024.8.26.0011

Voto nº 42.329



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apela a Ré (págs. 227/243) para alegar, em síntese, que está ausente a configuração dos institutos da *supressio* e *surrectio*, observada a inexistência de direito adquirido. Esclarece que o critério de exclusão do dependente do plano de saúde não é a aquisição da maioridade civil, mas sim ser considerado dependente pela legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, o que pode ocorrer ao completar 21 anos de idade, extensível até os 24 anos, em caso de dependência econômico-financeira, observado que 24 anos é a idade limite para um adulto sem deficiência ser declarado como dependente financeiro de seus genitores. Refere que não se deve falar em aquisição de legítima expectativa, tampouco em violação da boa-fé, considerado que sua atuação se pautou, a todo tempo, nas cláusulas do contrato e na legislação aplicável ao caso. Enuncia que direito adquirido não é sinônimo de expectativa de direito. Refere que não houve o cancelamento arbitrário ou repentino do plano de saúde, uma vez que a dependente foi notificada, com antecedência de noventa dias, acerca da exclusão em razão da perda das condições de elegibilidade, sendo-lhe ofertada as opções de comprovar a dependência financeira da titular do contrato, em sessenta dias, ou solicitar a portabilidade, portanto, existia a possibilidade de resolução da controvérsia pela via administrativa. Enuncia que sua conduta não pode ser taxada como abusiva, considerado que não ocorreu comportamento desleal de sua parte, pois foram atendidos seus deveres de transparência e cooperação para com os segurados. Afirma que não se pode falar em expectativa legítima quando se trata de pessoa que atingiu a maioridade há anos e perdeu a condição de elegibilidade para figurar como dependente, que pretende permanecer como dependente em um plano de saúde, embora seja claro não existir relação de dependência de qualquer natureza entre a beneficiária e seu genitor (titular do plano). Ressalta que a renúncia às cláusulas de um negócio jurídico não pode ser tácita, pois, o fato de, até o presente momento, a dependente não ter sido excluída em razão de sua inelegibilidade, não significa dizer, de maneira automática, que houve a perda de seu direito. Tece considerações acerca da vedação ao comportamento contraditório. Colaciona alguns julgados acerca de seu entendimento. Argumenta que o fato de, em momento anterior, não ter dado

cumprimento à cláusula que autoriza a exclusão dos dependentes, não significa que tenha sido privada do exercício dessa prerrogativa. Afirmar que deve ser afastado o instituto da *supressio*, observado que o instituto da *surrectio* só pode ser aplicado em situações excepcionais, mediante a coexistência de duas situações excepcionais, a saber: ser idoso e ser portador de deficiência. Afirmar que, no caso em tela, não pode ser aplicada a excepcionalidade da *surrectio*, uma vez que a Apelada/dependente, por ter 52 anos de idade, não se enquadra no conceito de idoso, previsto no art. 1º do Estatuto do Idoso, tampouco no conceito de pessoa com deficiência previsto no art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Reitera que os filhos capazes somente são considerados como economicamente dependentes de seu genitor até os 21 anos de idade, sendo o limite etário estendido até os 24 anos, em caso de matrícula no ensino superior. Pleiteia pela improcedência da ação, pois ausente condicionante que permite a manutenção da Autora como dependente no plano de saúde. Enuncia que não foi considerado que, no contrato há expressa previsão de que o seguro poderá ser cancelado por qualquer uma das partes, desde que mediante aviso prévio. Alega que não pode ser mantido vínculo eterno e compulsório entre as partes. Enuncia que a inclusão dos dependentes é uma faculdade oferecida ao segurado, seguindo as diretrizes da legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, conforme se verifica da cláusula 11.2 do Termo de Condições Gerais. Assevera que há clara divergência em qualquer forma de entendimento no qual a parte dependente, hoje com 52 anos de idade, possa ser considerada como “dependente” do genitor, titular do plano, para fins de sua utilização. Repisa inexistir razão para que seja mantida a r. sentença que entendeu pela procedência da ação, seja porque agiu no exercício regular de seu direito ao comunicar a possibilidade de cancelamento do plano, caso não fosse comprovada a situação de dependência econômica entre as partes, seja em razão do entendimento majoritário do E. TJSP em casos similares. Tece considerações acerca da preclusão e inovação recursal. Afirmar que a petição inicial é clara ao pleitear apenas o restabelecimento do contrato de plano de saúde e a autorização das sessões de quimioterapia. Enuncia que a r. sentença se limitou exclusivamente a manter a dependente no plano de saúde, no entanto, a Apelada, em mento posterior à instrução e saneamento do processo, colacionou

requerimento de medicação específica, que em nenhum momento foi pleiteada, tratando-se de fato novo trazido exclusivamente em sede recursal/cumprimento de sentença. Refere que permitir a análise deste fato somente em sede recursal configura grave supressão de instância, em grave ofensa aos princípios processuais do devido processo legal, contraditório, ampla defesa e duplo grau de jurisdição. Esclarece que o tratamento pleiteado em sede de cumprimento de sentença, não está autorizado para o contrato celebrado entre as partes, sendo, portanto, legal a negativa de cobertura, pois, baseada em exclusão contratual, observada a fixação do valor do plano de saúde e o risco assumido, de modo que a imposição de cobertura de tratamento não constante no contrato firmado geraria um desequilíbrio à relação contratual. Pede ainda sejam reduzidos os honorários de sucumbência arbitrados.

Recurso recebido e processado (pág. 248). Preparo anotado (págs. 244/245). Contrarrazões ofertadas (págs. 252/255).

O parecer da Procuradoria Geral de Justiça é pelo não provimento do recurso (págs. 264/268).

É o relatório.

A r. sentença de págs. 190/193, complementada pela r. decisão de pag. 201, não comporta reparos, como também é do entendimento da D. Procuradoria Geral de Justiça.

Incontroverso que a coautora é dependente do titular do plano, seu genitor Sr. Armando, e são vinculados ao plano de saúde familiar operado pela Ré, desde 1990 (pág. 10). Informa que seu genitor recebeu ligação do Hospital Brasil, onde realiza seu tratamento de câncer, com informação de que não fora autorizada a quimioterapia, sob a justificativa de que a Operadora teria cancelado o seguro saúde, conforme e-mail acostado. Afirma que fora excluída do plano por mera

liberalidade da Ré, sem prévia notificação ou justificativa plausível para o cancelamento do seguro, apenas em relação a ela, dependente do plano. Alega que o cancelamento do plano, nesses termos, é abusivo.

Pelo que se infere do processo, irrelevante o fato de a coautora não ter elegibilidade para ser mantida como beneficiária do plano, pois, como bem enunciou o n. Magistrado sentenciante, a falha não pode ser imputada a ela, considerado, inclusive, o lapso temporal decorrido desde a data em que deveria ter sido excluída do plano, de forma automática, a implicar na legítima expectativa quanto à sua manutenção, na condição de dependente, por anos, e gerou expectativa de direito de permanência: *“No caso ora sob exame, a ré alega que a autora perdeu a qualidade de dependente do titular do plano de saúde. Além de ter atingido a maioridade, não há nos autos provas acerca da sua dependência econômica ou incapacidade. A despeito disso, não há falar-se em exclusão do contrato de seguro saúde firmado com a ré. Isto porque, somente agora, depois de mais de 34 anos da contratação, a ré insurgira-se contra a sua posição no contrato de seguro saúde, comportamento que não se coaduna com a boa-fé objetiva”* (pág. 190).

A prova do processo conduz à certeza que o cancelamento do plano de saúde pela Apelante não pode agora ocorrer, uma vez que, como acima referido, feriria o princípio da boa-fé objetiva. Cabe esclarecer ainda que o princípio da boa-fé objetiva foi implicitamente reconhecido pela Constituição Federal, quando, em seu artigo 3º, dispõe: *“Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - constitui uma sociedade livre, justa e solidária”*. Ressalte-se também que o princípio da boa-fé objetiva é reconhecido como princípio geral do direito, o que autoriza sua aplicação como fundamento para a solução da lide.

Na lição de Cláudia Lima Marques, em seu artigo *“Abusividade nos Contratos de Seguro-Saúde e de Assistência Médica no Brasil”* (Revista AJURIS, vol. 64, p. 34/77), *“... além da finalidade comum de assegurar ao consumidor e seus dependentes contra os riscos relacionados com a saúde e a*

manutenção da vida, parece-nos que a característica comum principal dos contratos de seguro-saúde é o fato de ambas as modalidades envolverem serviços (de prestação médica ou de seguro) de trato sucessivo, ou seja, contratos de fazer de longa duração e que possuem uma grande importância social e individual".

Não há aqui que se falar em presença ou ausência de configuração dos institutos da *supressio* e *surrectio*, pois a discussão deve ser pautada pela boa-fé objetiva, como acima enunciado. Aqui, deve ser considerada, inclusive, a possibilidade de aplicação da *surrectio*, observado ser a coautora Luciana portadora de deficiência neuromotora, conforme se extrai do relatório médico de pág. 48: “*A paciente Luciana Lage é acompanhada por mim devido a Síndrome Cerebelar, diagnosticada aos 6 meses de idade. Apresentou hipotonia muscular e retardo mental. (...) Em vista do quadro neurológico é incapaz do ponto de vista civil*” (CIDs: F71 e G11.1).

Não obstante, tocante a alegação de preclusão e inovação dos pedidos pelos Autores, melhor sorte não assiste à Apelante.

Extraí-se do pedido inicial que a Autora, além de buscar o restabelecimento de seu plano de saúde, pleiteou pela continuidade do tratamento quimioterápico a que submetida, em razão de sua patologia. Senão vejamos: “*19. Se a proteção à vida e saúde do cidadão prevalece sobre qualquer outro interesse e sendo o tratamento indicado urgente e fundamental para a higidez da Requerente requer ela o agasalho de seu pedido de TUTELA ANTECIPADA, nos termos do art. 461, parágrafo terceiro do CPC para determinar que a Requerida INCLUA A MESMA NO SEGURO SAÚDE E AUTORIZA AS SESSÕES DE QUIMIOTERAPIA, CONSULTAS, EXAMES PERIÓDICOS, INTERNAÇÕES, BEM COMO, TODO TRATAMENTO INDICADO E NECESSÁRIO PARA GARANTIR A SUA SOBREVIVÊNCIA*” (pág. 04).

Assim, a tutela de urgência fora deferida nos seguintes termos: “*Por tais razões, entendo por bem antecipar os efeitos da tutela jurisdicional*

almejada, nos moldes delineados na petição inicial, devendo a ré ser citada e intimada a cumprir a presente decisão no prazo de 24 horas, em especial para fornecer o medicamento imprescindível para realização do tratamento, sob pena de multa diária que fixo em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), dada a gravidade da situação vivenciada pelo autor. Cumpra-se, com urgência, servindo a presente como ofício” (págs. 32/33).

Essa tutela foi mantida em grau recursal, por esta Relatoria (AI nº 2164818-95.2024.8.26.0000).

A tutela de urgência restou confirmada tacitamente pela r. sentença que julgou procedente o pedido inicial, ou seja, não há inovação, tampouco preclusão, como pretende fazer entender a Ré/Apelante.

Ademais, verifica-se que, por ocasião do julgamento do AI nº 2056147-41.2025.8.26.0000, extraído do cumprimento de sentença nº 0060684-42.2024.8.26.0100, esta Relatoria consignou que:

“Pelo que se infere do incidente de origem, a Executada, ora Agravada, fora compelida a fornecer todo o tratamento quimioterápico prescrito à Exequente/Agravada e, embora se refiram a medicamentos diversos (págs. 206/208 – ação de conhecimento), dos inicialmente prescritos (págs. 20/22 – ação de conhecimento), a tutela deferida se subsumiu ao fornecimento do medicamento imprescindível para a realização do tratamento, sob pena de multa. Observe-se ainda que o pedido da Autora visava compelir a Ré a custear integralmente seu tratamento médico decorrente de câncer, sobretudo, mediante o custeio do tratamento quimioterápico (pág. 32 – ação de conhecimento).

A ora Agravante não referiu que os novos medicamentos prescritos não sejam relacionados ao tratamento quimioterápico, necessários ao tratamento para o câncer que acomete a Exequente. Assim, não pode se beneficiar de sua própria torpeza e pretender afastar o custeio dos medicamentos

necessários ao tratamento quimioterápico da Autora/Exequente, mesmo que durante o acompanhamento, o tratamento/medicamento seja alterado, com vistas a buscar a melhora/cura da Agravada. Ressalte-se, mais uma vez, que não há qualquer inadequação do reclamado em relação à tutela inicialmente deferida, uma vez que deferiu-se o fornecimento de medicamento indispensável à quimioterapia, de forma que basta a demonstração de sua indicação, por relatório médico, à realização do tratamento, o que não foi refutado pela Agravante”.

Nesses termos, por ter sido a Apelante condenada ao fornecimento de todo o tratamento quimioterápico da Autora, irrelevante o fato de alteração dos medicamentos no curso do tratamento, mormente porque não fora refutado pela Ré o fato de se tratar de medicamento quimioterápico, necessário à melhora/cura da Apelada.

Importante ainda consignar que os medicamentos prescritos à Autora são da classe dos antineoplásicos (págs. 206/208), de modo que a Operadora do plano de saúde é legalmente obrigada ao seu fornecimento, por força de expressa disposição legal (art. 10, II, 'g', e IV da Lei 9.656/98).

Verifica-se, portanto, que a r. sentença atacada analisou de forma correta as questões suscitadas, com adequada fundamentação jurídica à hipótese em exame, além de bem avaliar o conjunto probatório. Qualquer outro acréscimo que se faça aos seus bem lançados fundamentos constituiria desnecessária redundância, enquanto os demais argumentos suscitados não são suficientes para infirmar os fundamentos acima enunciados para a solução da lide.

Por fim, tocante ao pedido para redução dos honorários de sucumbência, não há como ser acolhido, uma vez que não se mostraram excessivos, observado o valor da causa.

Em que pese a manutenção do julgado, deixo de majorar os honorários de sucumbência então arbitrados, pois já fixados em seu patamar máximo,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

qual seja, 20% sobre o valor da causa (R\$ 10.000,00), considerado que não há condenação em valor na r. sentença (art. 85, § 11, do CPC).

Ante o exposto, nego provimento ao recurso.

João Pazine Neto

Relator