



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000321340

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1016004-58.2024.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelado SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado/apelante ANA PAULA LEMOS MIRANDA.

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 aos recursos. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JOÃO PAZINE NETO (Presidente) E VIVIANI NICOLAU.

São Paulo, 31 de março de 2025.

DONEGÁ MORANDINI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

3ª Câmara de Direito Privado.

Apelação Cível n. 1016004-58.2024.8.26.0001

Comarca: São Paulo

Apelante/Apelada: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelante/Apelada: Ana Paula Lemos Miranda

Juíza de Direito: Ariane de Fátima Alves Dias Paukoski
Simoni

Voto n. 65.003 (amm)

APELAÇÃO. PLANOS DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS.

Sentença que julgou procedente apenas o pedido de obrigação de fazer para determinar a que autora permaneça como dependente de plano de saúde familiar contratado antes da vigência da Lei nº 9.656/98. Irresignação da ré. Preliminar de ilegitimidade ativa afastada. Mérito. Não acolhimento. Conforme cláusulas que constam do instrumento de adesão firmado entre as partes, não é conferido prerrogativa à operadora para solicitar provas de dependência de financeira de filho do titular. Autora, ainda, que já havia completado a maioridade em 2006, revelando claro comportamento abusivo e contrário à boa-fé objetiva, atraindo, ainda, a aplicação do instituto da *supressio*. Precedente desta C. Câmara. Recurso da autora. Danos morais. Não configuração. Ausência de provas de que o direito de personalidade da autora foi violado. Aplicação da jurisprudência do E. STJ a respeito. Sentença mantida.

RECURSOS DESPROVIDOS.

1. Cuida-se de ação de obrigação de fazer cumulada com pedido de indenização por danos morais julgada parcialmente procedente pela sentença de fls. 208/214, de relatório adotado, para determinar que “a autora permaneça como dependente de seu genitor no plano

de saúde, nos mesmos moldes do contratado inicialmente, mantendo-se as mesmas condições e mediante o pagamento da contraprestação”.

Recorrem ambas as partes.

Sustenta a ré, em preliminar, a ilegitimidade ativa da autora, pois a titularidade do contrato é conferida à terceiro. No mérito, entende que o juízo da origem “*deixou de considerar relevantes aspectos referentes às cláusulas contratuais, notadamente no que se refere à expressa previsão de que o seguro poderá ser cancelado por qualquer das partes, desde que mediante aviso prévio*”. Aponta que a autora, que já conta mais de trinta e cinco anos, não pode ser mais considerada como dependente nos termos do instrumento de contrato firmado. Por fim, argumenta que não houve, na hipótese, de *surrectio* ou *supressio*.

Este recurso, tempestivo e preparado, não foi respondido.

A autora, por sua vez, reclama a reforma da sentença para que a ré seja condenada ao pagamento de indenização por danos morais por entender, em síntese, se tratar o caso de dano *in re ipsa*.

Tal recurso, tempestivo e isento de preparo, foi respondido de acordo com a manifestação de fls. 252/259.

Não houve objeção ao julgamento virtual.

É o relatório.

2. De início, cumpre afastar a preliminar de ilegitimidade ativa da autora.

Com base na teoria da asserção, infere-se, por meio das alegações que constam da exordial, a legitimidade ativa da autora para ajuizar a presente ação de obrigação de fazer e indenizatória. Isso porque, na qualidade de dependente de plano de saúde familiar, pede justamente a sua manutenção neste plano diante da conduta de exclusão realizada por parte da operadora do plano de saúde. Considerando que a prestação jurisdicional requerida é direcionada à própria autora, portanto, nada há que se alegar acerca da presença ou não do titular do plano nestes autos.

No mérito, ambos os recursos devem ser desprovidos.

Conforme se extrai dos documentos de fls. 58/67, a operadora do plano de saúde enviou comunicações ao titular de plano familiar contratado antes da vigência da Lei nº 9.656/98 (fls. 38/39) para solicitar comprovação acerca da dependência financeira, devidamente registrado na declaração para fins de imposto de renda, de dependente que já havia atingido a maioridade.

Acerca do tema dos dependentes, assim

estabelece a cláusula 11.2 do instrumento de adesão firmado entre as partes: **“É permitido ao Segurado incluir na apólice, como Dependentes: cônjuge, companheira(o), filhos e outros considerados Dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou previdência social”** (fl. 49). A cláusula 11.5, por sua vez, dispõe que **“a Seguradora reserva-se o direito de exigir exame médico do Proponente e/ou de seus Dependentes, antes de aceitar os respectivos seguros. A aceitação sem essa exigência prévia não exclui a possibilidade de serem requeridos, em caso de dúvida sobre a cobertura do evento ou suspeita de fraude, esclarecimentos a entidades e/ou médicos que hajam atendido ao Segurado ou dependente a qualquer época”** (fl. 50).

De acordo com o teor da Cláusula 11.2, infere-se que ao titular do plano cabe a prerrogativa de incluir na apólice: cônjuge, companheiro e filhos. Além destes, permite-se incluir, ainda, aqueles que sejam considerados como dependentes pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social. A operadora, portanto, pretende estender a condição de um tipo de dependente (aquele considerado pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social) para outro (no caso, a filha do titular) do

qual, anota-se, não existe tal condição. Ademais, a Cláusula 11.5 somente reserva o direito à seguradora de exigir exame médico e não prova de dependência financeira.

Dessa forma, infere-se que a operadora se comporta de maneira não prevista no instrumento, o que não deve ser permitido.

Como se não bastasse, considerando que a autora já havia alcançado a maioria desde 2006 (fl. 22), o comportamento da operadora é nitidamente abusivo e contrário à boa-fé objetiva, reclamando a aplicação do instituto da *supressio* diante do lapso transcorrido até a exigência de comprovação de dependência financeira – situação que, ressalta-se, sequer cabe na hipótese de filho do titular consoante já esclarecido.

Ao contrário do alegado pela ré, a jurisprudência desta C. Câmara é sólida nesse sentido conforme se extrai de caso análogo a este e de minha relatoria: **“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. EXCLUSÃO DE DEPENDENTE. Sentença que julga improcedente o pedido de manutenção de beneficiária dependente no contrato de plano de saúde. Insurgência das autoras, mãe titular e filha dependente. Acolhimento. Exclusão da dependente por perda da elegibilidade, muito embora tenha se mantido no plano pelo lapso temporal de mais de uma**

década após os 24 anos de idade. Prolongada inércia da apelada que enseja a legítima expectativa de manutenção do vínculo contratual. Conduta abusiva reconhecida, com fundamento na vedação ao "venire contra factum proprium" e configuração de "supressio". Violação da boa-fé e da função social do contrato. Sentença reformada, com julgamento de procedência do pedido e inversão dos ônus sucumbenciais. APELO PROVIDO" (Apelação Cível 1109092-47.2024.8.26.0100; Data do Julgamento: 10/12/2024).

A sentença deve ser mantida, ainda, no tocante ao pedido de indenização por danos morais.

Não se trata o caso de dano *in re ipsa* conforme alegado pela autora. A jurisprudência pacífica do E. Superior Tribunal de Justiça, inclusive, é no sentido de que **"nos casos em que a recusa indevida de cobertura de tratamento médico-hospitalar impõe ao usuário de plano de saúde um grau de sofrimento físico/psíquico que extrapola aquele decorrente do mero inadimplemento contratual, atingindo direito da personalidade, fica demonstrada a ocorrência de danos morais e caracterizado o direito à reparação"** (AgInt no REsp n. 2.181.049/SP, relator Ministro Moura Ribeiro, Terceira Turma, julgado em 17/3/2025, DJEN de

20/3/2025).

Na hipótese, em que pese a autora acostar documentos no sentido de estar em tratamento/acompanhamento médico (fls. 26/32), inexistem elementos concretos no sentido de que tenha havido alguma recusa de cobertura por conta do comportamento da operadora. As próprias razões recursais não apontam tal circunstância, limitando-se a defender que os danos morais decorrem das angústias do cancelamento do plano.

3. Diante destes fundamentos, nega-se provimento aos recursos e mantém-se a sentença, apenas majorando os honorários de ambos os patronos para R\$ 2.000,00, considerando a forma pela qual foram fixados na origem e por força do artigo 85, §11, do Código de Processo Civil, observando-se, ainda, a gratuidade da justiça concedida à autora.

RECURSOS DESPROVIDOS.

Donegá Morandini
Relator