



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000323706

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos do Apelação Cível nº 1075998-11.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, são apelados MARCOS VILLARES HEER, BRUNA PERNA HEER e FREDERICO PERNA HEER.

ACORDAM, em 9ª 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 Exmo. Desembargadores DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), ALEXANDRE LAZZARINI E EDSON LUIZ DE QUEIROZ.

São Paulo, 1º de abril de 2025.

GALDINO TOLEDO JÚNIOR
RELATOR
Assinatura Eletrônica



Apelação Cível nº 1075998-11.2024.8.26.0100

Comarca de São Paulo

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelados: Marcos Villares Heer e outros

Voto nº 42.060

PLANO DE SAÚDE - Obrigação de fazer - Pleito cumulado com indenização por danos morais - Procedência decretada - Alegação da ré de que o critério de exclusão dos dependentes 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 - Descabimento - Ausência de expressa previsão contratual acerca da possibilidade de exclusão de dependentes - Abusividade da conduta reconhecida - Relação de consumo que não permite que o fornecedor obtenha vantagem exagerada em detrimento dos interesses dos consumidores - Ajuste celebrado em que devem prevalecer os postulados da cooperação, solidariedade, confiança e boa-fé objetiva - Aceitação da ré, por longo período, que gerou legítima expectativa de direito dos coautores - Direito dos dependentes de serem mantidos no contrato, nas mesmas condições, mediante o pagamento da mensalidade - Dano moral - Cabimento - Aborrecimentos decorrentes da incômoda situação pessoal dos autores e da dificuldade da ré em dar imediato cumprimento ao contrato que são suficientes para se deferir o direito à indenização por danos morais - Fixação da verba reparatória em R\$ 4.000,00 para os autores Marcos e Bruna e R\$ 6.000,00 para o coautor Frederico, que teve seu contrato efetivamente rescindido, que se mostra razoável para compensar o sofrimento moral - Recurso desprovido.



1. Ao relatório constante de fls. 214/224 acrescento que a sentença julgou procedente ação de obrigação de fazer, cumulada com indenização por danos morais, condenando a manter os dependentes Frederico e Bruna no plano de saúde, com assistência hospitalar em nome do titular Marcos, bem como a pagar indenização por danos morais no importe de R\$ 4.000,00 para os autores Marcos e Bruna e R\$ 6.000,00 para o coautor Frederico, que teve seu contrato efetivamente rescindido, fixando a verba honorária em 10% sobre o valor da causa (R\$ 109.350,96 – fl. 17).

Volta-se a ré contra a decisão deduzindo em suas razões recursais de fls. 246/264 que lícita a exclusão dos dependentes Frederico e Bruna do plano de saúde, nos termos do disposto em cláusula contratual, considerando a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, não havendo que se falar, ademais, em aquisição de legítima expectativa ou violação da boa-fé, muito menos em *supressio* e *surrectio*, ou mesmo pagamento de indenização por danos morais. Alternativamente, pugna pela redução da verba reparatória fixada.

Recurso regularmente processado,



com oferecimento de contrarrazões às fls. 271/281.

2. Consta dos autos que os autores contrataram plano de saúde junto à ré e que receberam comunicação da operadora para que fosse comprovada a dependência financeira dos dependentes, com cancelamento do contrato caso não fosse demonstrada tal condição.

Bem decidiu a lide o julgador monocrático, não comportando guarida o apelo ofertado.

Dispõe a cláusula 12 (fl. 37), que autoriza a inclusão na apólice de dependentes, *“12.2 É facultado ao segurado incluir neste seguro os seus dependentes, pagando o prêmio correspondente à faixa etária dos mesmos. Nenhuma indicação de dependente terá valor se não constar de declaração escrita do segurado, aceita pela seguradora. Os dependentes incluídos ficarão sujeitos aos prazos de carências previstos no Item 8 destas Condições Gerais”*.

Ocorre que a cláusula supratranscrita não deixa claro se a dependência econômica é fator imprescindível para a manutenção dos dependentes no contrato, situação esta que não pode ser presumida, especialmente por se tratar de contrato de adesão, devendo ser interpretado de modo



mais favorável ao consumidor.

Ademais, em se tratando de relação de consumo, não se admite que o fornecedor obtenha vantagem exagerada em detrimento do interesse dos consumidores.

Como já decidiu o C. Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento do REsp 1.073.595/MG da Relatoria da Ministra Nancy Andrighi, esse tipo de contrato não pode ser analisado isoladamente, como um acordo de vontades por um período fixo, mas deve ser interpretado como um ajuste em que deve prevalecer os postulados da cooperação, solidariedade, confiança e boa-fé objetiva, o que não ocorreu no presente caso.

Além disso, consoante bem anotado pelo julgador monocrático, *“no contrato em análise (produto 313), não há previsão acerca da hipótese de rescisão unilateral por parte da seguradora quando os dependentes do titular atingirem determinada faixa etária. Malgrado a demandada faça menção na contestação acerca das idades trazidas para fins de caracterização dos dependentes na Lei do Imposto de Renda (Lei 9250/95) e dos conceitos utilizados pelo INSS, o contrato é silente a respeito do assunto, de modo que a cláusula 2.6 estabelece o conceito de dependente para os devidos fins. In*



verbis: 2.6 DEPENDENTE São os dependentes do proponente titular, efetivamente incluídos no seguro, desde que aceitos pela seguradora. Após esta aceitação, os dependentes serão considerados segurados” (fl. 220).

Além disso, ainda que se alegue a limitação etária para a manutenção de dependente no contrato, o que, frise-se, não consta da avença, a ré sequer se manifestou quando os dependentes atingiram a chamada idade limite, o que gerou nos coautores legítima expectativa do direito de serem mantidos no contrato.

Nesse sentido, confira-se decisão desta Corte em caso análogo: “APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER PLANO DE SAÚDE. Julgamento de procedência do pedido inicial para manter as coautoras como dependentes no plano de saúde de seu genitor. Irresignação da requerida. Alegada perda da condição de elegibilidade das dependentes. Descabimento. Inteligência das Súmulas nº 608 do C. Superior Tribunal de Justiça e nº 100 deste E. Tribunal de Justiça. Ausência de previsão clara acerca da possibilidade de exclusão de beneficiário quando cessada sua dependência econômica. Interpretação das cláusulas contratuais que deve ser efetuada da forma mais favorável ao consumidor. Inteligência do artigo 6º,



inciso III, e do artigo 47, ambos do Código de Defesa do Consumidor. Ré que manteve a dependentes no plano de saúde por mais de 20 (vinte) anos após ter alcançado a invocada idade limite. Expectativa de direito quanto à continuidade do contrato. Supressio configurada. Resolução contratual que viola a boa-fé objetiva. Precedentes. Recurso desprovido” (Apelação Cível nº 1002461-55.2024.8.26.0011, Relatora Desembargadora Daniela Cilento Morsello, 9ª Câmara de Direito Privado, TJSP, j. 11/02/2025).

Por esses motivos, é obrigação da ré manter o contrato dos dependentes Frederico e Bruna, nas mesmas condições, mediante o pagamento da mensalidade.

Quanto aos danos morais, não se pode negar os aborrecimentos decorrentes da incômoda situação pessoal dos autores e da dificuldade da ré em dar cumprimento ao contrato, sendo esses dissabores, por si só, ante a injustificada conduta da ré, suficientes para se deferir o direito à indenização por danos morais.

Ademais, diferentemente de outras ações em que se discute o cabimento de dano moral contra operadoras de plano de saúde, aqui não se discute interpretação razoável de cláusula contratual, mas descumprimento puro e



simples da avença, conduta que agravou injustificadamente a angústia do autor, em momento tão difícil de sua vida.

Nesse passo: “AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL – DEMANDA POSTULANDO CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER CONSISTENTE NO CUSTEIO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS À SUA REALIZAÇÃO – DECISÃO MONOCRÁTICA DANDO PROVIMENTO AO APELO EXTREMO, A FIM DE, RECONHECENDO O DANO MORAL SOFRIDO PELA USUÁRIA DO PLANO DE SAÚDE, RESTABELECE O VALOR ARBITRADO NA SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA. INSURGÊNCIA DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE. 1. A jurisprudência do STJ é no sentido de que, a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Caracterização de dano moral *in re ipsa*. Precedentes. Incidência da Súmula 83/STJ. 2. Agravo regimental desprovido ” (4a Turma – AgRg no REsp 1459838/SP – Relator Ministro Marcos Buzzi – julg. 10/10/2015).

Ou ainda: “AGRAVO REGIMENTAL NO



RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA INDEVIDA DE COBERTURA. DANO MORAL PRESUMIDO. 1. A recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário, estando caracterizado o dano *in re ipsa*. 2. Agravo regimental não provido” (3a Turma – AgRg no REsp 1537476/DF – Relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva – 01/10/2015).

Note-se que essa vetusta orientação da Corte Superior Infraconstitucional não sofreu modificação, conforme decisões abaixo transcritas, todos dos últimos meses do ano de 2.022.

Nesse sentido: “CONSUMIDOR. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO DOMICILIAR (HOME CARE). ÍNDOLE ABUSIVA DA CLÁUSULA DE EXCLUSÃO. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. DECISÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 83/STJ. REDUÇÃO. IMPOSSIBILIDADE.



CRITÉRIOS DE RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE ATENDIDOS. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, "é abusiva a cláusula contratual que veda a internação domiciliar (home care) como alternativa à internação hospitalar" (AgInt no AREsp 1.725.002/PE, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 19/04/2021, DJe de 23/04/2021). 2. Consoante a jurisprudência do STJ, "a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário" (AgInt nos EDcl no REsp n. 1.963.420/SP, relator Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 14/2/2022, DJe de 21/2/2022). 3. Estando a decisão de acordo com a jurisprudência desta Corte, o recurso encontra óbice na Súmula 83/STJ. 4. O valor arbitrado pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto por esta Corte, tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade e proporcionalidade, o que não ocorreu na hipótese, em que a indenização foi fixada em R\$ 10.000,00 (dez



mil reais), em decorrência da recusa indevida de cobertura da internação domiciliar contratualmente prevista.

5. *Agravo interno desprovido. " (Quarta Turma, AgInt no AREsp 2107542/RJ, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, julg. 03/10/2022, destaques inexistentes no original).*

Mais: "AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. REDE CREDENCIADA. REEMBOLSO. SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA. RAZÕES DISSOCIADAS. SÚMULAS NºS 283 E 284/STF. REEXAME DO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. INDENIZAÇÃO. DANOS MORAIS. CABIMENTO. VALOR. REDUÇÃO. SÚMULA Nº 7/STJ. 1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos nºs 2 e 3/STJ).

2. É inadmissível o inconformismo por deficiência na sua fundamentação quando as razões do recurso especial estão dissociadas do que decidido pelo acórdão recorrido. Aplicação das Súmulas nºs 283 e 284 do Supremo Tribunal Federal.

3. Na hipótese, alterar a conclusão do tribunal local, que entendeu que o autor foi internado em situação de emergência, demandaria o revolvimento do acervo fático-probatório dos autos, procedimento obstado pelo disposto na Súmula nº 7/STJ.



4. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é no sentido de que, ante o reconhecimento de que houve a prática de ato abusivo pelo plano de saúde, deve ser reconhecido o direito ao recebimento de indenização por danos morais, pois tal fato agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já abalado e com a saúde debilitada. Precedentes.

5. O Superior Tribunal de Justiça, afastando a incidência da Súmula nº 7/STJ, tem reexaminado o montante indenizatório fixado pelas instâncias ordinárias apenas quando irrisório ou abusivo, circunstâncias inexistentes no presente caso. 6. Agravo interno não provido ." (TERCEIRA TURMA, AgInt no AREsp 1979431/PE,

Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, julg. 26/09/2022, destaque inexistente no original)

Some-se: "CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PEDIDO DE TRATAMENTO. RECUSA INDEVIDA DE COBERTURA. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONFORMIDADE COM ENTENDIMENTO DO STJ. DANOS EXTRAPATRIMONIAIS CARACTERIZADOS . REEXAME DE PROVAS. DESCABIMENTO. SÚMULA N.º 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO



NÃO PROVIDO. 1. Aplica-se o NCPC a este recurso ante os termos do Enunciado Administrativo n.º 3, aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC. 2. Nos termos da jurisprudência deste Corte, a natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS é desimportante à análise do dever de cobertura de medicamentos para o tratamento de câncer, em relação aos quais há apenas uma diretriz na resolução normativa. Precedentes. 3. Existência de entendimento pacífico desta Corte Superior 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. Incide a Súmula n.º 7 do STJ, impedindo o conhecimento do recurso. 4. Não sendo a linha argumentativa apresentada capaz de evidenciar a inadequação dos fundamentos invocados pela decisão agravada, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado



impugnado, devendo ele ser integralmente mantido em seus próprios termos.

5. *Agravo interno não provido ."* (TERCEIRA TURMA, AgInt no REsp 2001658/SP, Relator Ministro MOURA RIBEIRO, julg. 26/09/2022, destaquei).

Some-se mais: "AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA DEU PROVIMENTO AO RECLAMO PARA RESTABELECER A SENTENÇA. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA. 1. Segundo a jurisprudência desta Corte, o mero descumprimento contratual não enseja indenização por dano moral. No entanto, nas hipóteses em que há recusa indevida de cobertura de tratamentos de urgência ou emergência, há configuração de danos morais indenizáveis . Precedentes. 2. *Agravo interno desprovido ."* (QUARTA TURMA, AgInt no REsp 2005361/SP, Relator Ministro MARCO BUZZI, Julg. 26/09/2022 - destaque nosso).

Até mesmo esta C. Câmara assim já se decidiu em recente julgamento da lavra do E. Desembargador César Peixoto: "Ação cominatória destinada à cobertura de internação em regime de urgência/emergência, cumulada com a



indenização por perdas e danos — Procedência parcial em primeiro grau — Irresponsabilidade do estabelecimento hospitalar — Prestação de serviços em caráter particular — Remuneração devida — Ilícito não configurado — Ilegitimidade da recusa por parte da operadora do plano de saúde — Inaplicabilidade do prazo de carência na hipótese — Tratamento baseado na orientação do médico assistente — Ilegalidade da negativa — Prejuízo extrapatrimonial caracterizado — Precedentes do Superior Tribunal de Justiça — Arbitramento razoável — Sentença mantida — Recursos não providos. " (Apelação Cível 1107482-49.2021.8.26.0100, julg. 8/11/2022).

Ademais, consoante bem anotado pelo julgador monocrático, “Não há dúvidas que houve violação aos direitos da personalidade dos autores que, após mais de vinte e oito anos de contrato, viram-se diante da possibilidade de rescisão de seus planos de saúde (o que ocorreu para o autor Frederico), em um país em que a prestação do serviço de saúde pública é deficitária” (fl. 222).

Sobre a quantificação do valor reparatório, importante lembrar a lição sempre atual de Yussef Said Cahali, para quem: “A sanção do dano moral não se resolve numa indenização propriamente dita, que indenização significa



eliminação do prejuízo e das suas conseqüências, o que não é possível quando se trata de dano extrapatrimonial; a sua reparação se faz através de uma compensação, e não de um ressarcimento; impondo ao ofensor a obrigação de pagamento de uma certa quantia em dinheiro em favor do ofendido, ao mesmo tempo em que agrava o patrimônio daquele, proporciona a este uma reparação satisfativa” (Dano e Indenização, RT 1980, p. 26).

Nesse contexto, o valor deferido não pode ser tão alto que premie imoderadamente o ofendido, mas também tão ínfimo que estimule seu causador a não cessar prontamente seu proceder incorreto.

Sendo assim, ante a peculiaridade dos fatos, o valor da indenização fixado em R\$ R\$ 4.000,00 para os autores Marcos e Bruna e R\$ 6.000,00 para o coautor Frederico, que teve seu contrato efetivamente rescindido se mostra razoável para compensar o sofrimento moral suportado pelos requerentes.

Para os fins do artigo 85, § 11º, do Código de Processo Civil, arbitro honorários advocatícios em favor do patrono dos autores em mais 5% sobre o valor da causa.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

3. Ante o exposto, meu voto nega
provimento ao reclamo.

Galdino Toledo Júnior
Relator