



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000329105

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1003199-57.2022.8.26.0223, da Comarca de Guarujá, em que é apelante PRIETO ADMINISTRAÇÃO DE CONDOMÍNIOS, é apelado ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 9ª 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 DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente sem voto), LUIS FERNANDO CIRILLO E GALDINO TOLEDO JÚNIOR.

São Paulo, 2 de abril de 2025.

WILSON LISBOA RIBEIRO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO N. 1003199-57.2022.8.26.0223

APELANTE: PRIETO ADMINISTRAÇÃO DE CONDOMÍNIOS

APELADA: ASSOCIAÇÃO SANTA SAÚDE

COMARCA: Guarujá

JUIZ(A) PROLATOR(A) – Gladis Naira Cuvero

VOTO N. 11306

PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXISTÊNCIA DE DÉBITO. Insurgência contra r. sentença de improcedência. Acolhimento. Plano de saúde coletivo. Relação de consumo evidenciada. Pedido de exclusão de beneficiários que, incontroversamente, foi formalizado pela estipulante em janeiro de 2022. Fatura "cheia" de fevereiro de 2022 inexigível, sendo necessário o abatimento proporcional. Inexigibilidade com respaldo contratual. Alegação da ré de que o pedido de cancelamento deveria ter sido feito até o dia 15/01/2022, conforme cronograma disponibilizado em seu site, tendo em vista a necessidade de tempo hábil para baixas necessárias. Abusividade. Conduta da ré que, além de unilateral, implica repasse de fortuito interno ao consumidor. Precedentes. Sentença reformada. **RECURSO PROVIDO.**

VISTOS.

Trata-se de recurso de apelação interposto em face da r. sentença, que julgou improcedente a ação declaratória de inexistência de débito movida contra o plano de saúde. Sucumbência carreada à autora, com honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da causa.

Insurge-se a autora, sustentando, em suma, ter pedido a exclusão de 14

funcionários do plano de saúde em janeiro de 2022, sendo necessário que o boleto de fevereiro contemplasse o novo valor reduzido, considerando que os planos de saúde atuam por meio de pré-pagamento, nesse sentido: “antes do pagamento da fatura que venceria dia 10/02/2022, a Apelante solicitou a exclusão dos funcionários, o que não foi atendido pela Apelada, que emitiu a fatura com valor cheio e vencimento para 10/02/2022”. Argumenta que a data do processamento do boleto é, inclusive, posterior à maioria dos pedidos de cancelamentos e que não deve prevalecer a imposição da observância de calendário de movimentações. Invoca aplicação da cláusula 12.6 do contrato e ressalta que “não havia qualquer disposição relacionada à prazo para movimentações quando da assinatura contratual”. Aduz, ainda, que a apelada repassa à apelante o risco de sua atividade, pois cabia a ela promover a atualização em tempo hábil.

Recurso tempestivo, preparado e contrarrazoado.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É O RELATÓRIO DO NECESSÁRIO.

O recurso comporta provimento.

A subsunção do caso às normas consumeristas é inequívoca desde a edição da Súmula 608 do C. Superior Tribunal de Justiça, pela qual estabelecida que “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”, incluindo-se assim o plano de saúde empresarial como o firmado entre as partes.

No mais, são incontroversas a relação contratual e a exclusão de beneficiários do plano de saúde empresarial, ocorridas por iniciativa da estipulante, no mês de janeiro de 2022, restringindo-se a controvérsia à validade do cronograma apresentado pela ré, o qual condiciona a exclusão de beneficiários – e a respectiva cobrança – à comunicação prévia até o dia 15 de cada mês.

Assiste razão à apelante.

Malgrado o entendimento do D. Juízo *a quo*, o prazo invocado pela parte recorrida, embora divulgado em seu site eletrônico, não encontra respaldo nas disposições contratuais. Ao revés, a cláusula 12.6 do contrato estabelece de forma inequívoca que "As faturas emitidas pela CONTRATADA serão baseadas na comunicação de movimentação do pessoal ATIVO e INATIVO enviada pela CONTRATANTE. A fatura será gerada com base nos dados disponíveis, sendo realizados os ajustes nas faturas subsequentes" (fl. 30), evidenciando o reconhecimento contratual da inexigibilidade do débito, que poderá ser compensado nas faturas subsequentes, o que não ocorreu no caso concreto.

E nem se alegue que a exigência de aviso prévio "se dá por conta da própria rotina de faturamento da Operadora de Saúde, à qual lida com mais de 80 MIL BENEFICIÁRIOS para gerir e, em razão disso, há uma rotina de pagamento de prestadores, emissão de boletos, recebimentos, cobranças etc., que não podem ser ignoradas, sob pena de dificultar todo o fluxo financeiro e administrativo da Operadora". Tal postura revela-se abusiva, na medida em que a ré tenta transferir à contratante os riscos do negócio desenvolvido pela ré.

Nesse sentido, confirmam-se os seguintes precedentes:

“APELAÇÃO AÇÃO DECLARATÓRIA DE INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO C.C. INDENIZATÓRIA Plano de saúde sob o regime de pré-pagamento Empresa autora que, em 12 de junho de 2017, solicitou a exclusão de seus funcionários do plano de saúde, mantendo vigentes apenas duas vidas Cobrança pela operadora de saúde de fatura integral, a despeito de sua ciência sobre o desligamento dos funcionários, sob justificativa de que aludida informação dever-se-ia ocorrer até o último dia útil do mês Abusividade da cobrança integral Tentativa de se atribuir à contratante os riscos do negócio explorado pela ré Vinculação obrigatória que não guarda abrigo no princípio da boa-fé Devolução da quantia cobrada a maior de forma simples para que se evite enriquecimento sem causa da apelada Dano moral Inocorrência Recurso parcialmente provido, em menor extensão (Apelação nº

1028327-42.2017.8.26.0001, 5ª Câmara de Direito Privado, Relator Desembargador FÁBIO PODESTÁ, data do julgamento: 03/12/2018)".

"APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. Ação declaratória de inexistência de débito c.c. rescisão contratual. Sentença de procedência. Inconformismo da ré. **EXCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE EMPRESARIAL. Autora que solicitou a exclusão de beneficiários, mas continuou recebendo cobranças da mensalidade.** Alegação da ré de ausência de documentos necessários para a exclusão. Descabimento. Alegação genérica, uma vez que a apelante sequer mencionou quais seriam os documentos necessários. **Exclusão de beneficiários do plano de saúde que deve ser considerada a partir da data da solicitação realizada pela estipulante.** Precedente deste Tribunal. Decisão confirmada. Sucumbência da ré. **NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO**".(V.29768). (Apelação Cível 1057342-53.2017. 8.26. 0002; Relator (a): Viviani Nicolau; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/02/2019; Data de Registro: 12/02/2019).

Logo, por tais razões, a r. Sentença recorrida deve ser reformada para declarar a inexigibilidade do débito apontado na inicial.

DISPOSITIVO.

Pelo meu voto, **DOU PROVIMENTO** ao recurso para a finalidade exposta.

Em consequência, redistribuo o ônus da sucumbência para carregá-lo exclusivamente à ré, que deverá arcar com o pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios que estabeleço em 10% sobre o valor da causa (art. 85, §2º, CPC).



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Por fim, considero prequestionadas todas as normas jurídicas reportadas no curso do presente feito, afigurando-se desnecessários contraproducentes embargos de declaração somente para tal fim. (REsp nº 614.042-0-PR, 1ª Turma, v.u., Rel. Min. JOSÉ DELGADO, j. em 22.2.2005, in Boletim do STJ, nº 6/2005, ps. 47-48) e (RE nº 128.519-2/DF, Pleno, m.v., Rel. Min. MARCO AURÉLIO, j. em 27.9.1990, DJU de 8.3.1991, p. 2.206).

WILSON LISBOA RIBEIRO
Relator