



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000366092

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1083206-46.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante/apelada VANESSA CRISTINA BEZERRA DA SILVA, é apelado/apelante PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Negarm provimento ao recurso da ré e deram provimento parcial ao recurso da autora, nos termos que constarão do acórdão. 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 sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 14 de abril de 2025.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Voto nº 11.459

Apelação Cível: 1083206-46.2024.8.26.0100

Apde/Apda : Vanessa Cristina Bezerra da Silva

Apdo/Apte : Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais

Origem: 24ª Vara Cível - Foro Central Cível

Juiz sentenciante: Dr. Claudio Antonio Marquesi

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. CANCELAMENTO POR INADIMPLÊNCIA. AUSENTE PRÉVIA NOTIFICAÇÃO. PRETENSÃO DE RESSARCIMENTO EM DANOS MATERIAIS E MORAIS. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA.

I. Caso em Exame. 1. A Autora busca indenização por danos materiais e morais contra a Ré, tendo alegado cancelamento indevido de plano de saúde coletivo empresarial. Pretende ressarcimento por despesas com atendimento médico emergencial, além de indenização por danos morais. II. Questão em Discussão 2. A questão em discussão consiste em verificar: (i) a alegação de cerceamento de defesa pela Autora; (ii) a ilegitimidade ativa da parte Autora; (iii) se o cancelamento do plano de saúde foi abusivo; (iv) se há direito ao ressarcimento por despesas com atendimento médico; (v) a existência de danos morais indenizáveis. III. Razões de Decidir 3. Não há cerceamento de defesa, pois era ônus da Autora trazer na inicial todos os documentos necessários à comprovação do direito alegado. 4. A Autora possui legitimidade ativa para questionar o cancelamento do plano de saúde, conforme Súmula 101 do TJSP. 5. O cancelamento do plano de saúde coletivo empresarial foi abusivo, eis que ausente prévia notificação do cancelamento. No mais, houve pagamento da mensalidade, computado pela Ré a destempo. 6. Autora que faz jus ao ressarcimento das despesas que efetivamente suportou. 7. O cancelamento indevido rende dano moral indenizável. *Quantum* bem fixado. IV. Dispositivo e Tese 8. Recurso da autora a que se **DÁ PARCIAL PROVIMENTO** para fixar em R\$ 11.500,00 a indenização por danos materiais. Recurso da Ré a que se **NEGA PROVIMENTO**. Tese de julgamento: 1. Cancelamento de plano de saúde coletivo é abusivo quando não há a devida notificação prévia e observância da Súmula 94 deste Tribunal. Jurisprudência Citada: Súmulas 94 e 101/TJSP.

Trata-se de apelações simultâneas (fls. 177/195 e 199/225) interpostas contra a sentença de parcial procedência (fls. 170/174) proferida nos autos da Ação de Obrigação de Fazer c.c Indenizatória por Danos Morais e Materiais proposta por **VANESSA CRISTINA BEZERRA LOPES** em face de **PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**.

Adoto o relatório da sentença de fls. 170/174 que ora transcrevo:

“VANESSA CRISTINA BEZERRA LOPES ajuizou AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER em face de PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS alegando que precisou ser internada em situação de emergência, quando teve ciência de que o plano estaria cancelado por inadimplemento. Afirma que houve pagamento do boleto indicado como em aberto. Alega que não houve qualquer notificação prévia sobre o cancelamento. Aduz que teve que arcar de forma particular com a internação. Requer indenização por dano material no valor de R\$ 28.735,66 e dano moral no valor de R\$ 10.000,00.

A ré apresentou contestação (fls. 62/85). Suscita ilegitimidade ativa da autora, pois quem poderia pedir qualquer pretensão em face da seguradora seria apenas a empresa estipulante, qual seja, HZISERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA, figurando a autora como mera beneficiária. Alega inépcia, pois não foram juntados os boletos e comprovantes de pagamento. No mérito afirma que a estipulante pagou a fatura errada, que já estava cancelada, razão pela qual o cancelamento do plano consistiu em exercício regular de direito. Refuta o pedido de dano moral e material. Requer a improcedência.

Houve réplica (fls. 152/169).”

Ao relatório supra, acrescento que os pedidos iniciais foram julgados parcialmente procedentes para condenar a Ré ao pagamento de indenização

por dano material no valor de R\$ 10.000,00, bem como indenização por dano moral no valor de R\$ 5.000,00.

Irresignada, a Autora interpôs a Apelação (fls. 177/195). Alega cerceamento de defesa, por considerar que não foi oportunizada a juntada de documentação complementar. Afirma que é devido reembolso integral dos valores desembolsados com seu atendimento médico, conforme notas fiscais e recebidos acostados aos autos. Requer a majoração da indenização por danos morais para R\$ 10.000,00.

A Ré também apelou (fls. 199/225). Defende a ilegitimidade passiva da Autora, eis que é beneficiária de plano coletivo e que os pagamentos são efetivados pela estipulante. Afirma que não há falar em falha na prestação de serviços. Sustenta a regularidade da suspensão e do cancelamento por inadimplência. Alega que inexistem danos morais indenizáveis, que sua adversária não demonstrou os danos materiais suportados, que descabe reembolso sem comprovação do desembolso e que é inaplicável o Código de Defesa do Consumidor.

Contrarrazões da Ré (fls. 234/245) devidamente apresentadas.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Preliminarmente, a Autora alega cerceamento de defesa, por considerar que era necessário aprofundamento probatório “sendo a prova do pagamento complementa (sic), demonstração dos recibos de pagamentos complementares” a fim de demonstrar que “faz jus ao reembolso integral dos valores despendidos” (fls. 181).

Como se vê, a Autora tenciona, única e exclusivamente, produção de prova documental. Contudo, a comprovação dos desembolsos que alega ter efetivado deveria ter sido apresentada desde logo com a petição inicial (art. 320/CPC).

Ademais, não se trata de prova cuja produção dependa de terceiros ou de fase específica, mas de documentos conhecidos pela própria Autora desde o ajuizamento da demanda. Assim, não há falar em cerceamento de defesa, sobretudo

porque o juízo não está obrigado a determinar a produção de prova cuja necessidade não tenha sido devidamente justificada ou que poderia ter sido oportunamente apresentada, valendo registrar que a Autora não trouxe qualquer documentação complementar em réplica, tampouco na Apelação.

Não há, portanto, qualquer nulidade processual a ser reconhecida.

Assim, a decisão que julgou a lide no estado em que se encontrava, com fundamento no artigo 355, inciso I, do CPC, foi devidamente fundamentada, considerando que as provas documentais apresentadas nos autos eram suficientes para formar o convencimento do juízo acerca da matéria.

Nesse sentido, esta C. Câmara já decidiu:

APELAÇÃO – Ação anulatória com pedido de restituição de valor pago e indenização por danos morais – Sentença que considerou a ação parcialmente procedente para anular o contrato firmado entre as partes – Insurgência do Apelante – Cerceamento de Defesa – Inocorrência - Contexto probatório suficiente para o deslinde da causa - Ônus do Requerente para instruir a contestação com os documentos destinados à prova das suas alegações - Sentença mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1001659-77.2021.8.26.0103; Relator (a): Vitor Frederico Kümpel; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro de Caconde - Vara Única; Data do Julgamento: 10/10/2023; Data de Registro: 10/10/2023).

Portanto, rejeita-se a preliminar de nulidade da sentença por cerceamento de defesa.

A Ré sustenta a ilegitimidade ativa da autora, sob o argumento de que se trata de contrato coletivo e que o plano de saúde foi firmado entre a operadora e a estipulante HZISERVICOS EMPRESARIAIS LTDA., sendo a Autora mera beneficiária. Alega que apenas a entidade estipulante teria legitimidade para discutir cláusulas contratuais e rescisão.

Tal argumento não prospera. A Súmula 101 do TJSP dispõe que o

titular de plano de saúde, mesmo em contratos coletivos, possui legitimidade para questionar judicialmente a validade de cláusulas contratuais e atos que prejudiquem a continuidade da prestação dos serviços.:

Súmula 101: “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”.

A Autora, na condição de beneficiária direta do plano, possui interesse jurídico legítimo e concreto em buscar a reparação pelos danos sofridos em virtude do cancelamento indevido.

Portanto, rejeita-se a preliminar de ilegitimidade ativa.

A Requerida defende a legalidade do cancelamento do plano de saúde, alegando que se trata de um contrato coletivo empresarial, em que as regras para rescisão são distintas das aplicáveis aos contratos individuais. Argumenta que, em razão da inadimplência da Autora, o cancelamento estava previsto contratualmente e foi realizado em conformidade com a legislação e normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Contudo, tal argumento não procede. Embora seja verdade que os contratos coletivos empresariais possuam peculiaridades em relação aos contratos individuais, a legislação consumerista e a jurisprudência firmada pelo Superior Tribunal de Justiça impõem restrições à rescisão unilateral de contratos de saúde. Nesse sentido: STJ - AgInt no REsp n. 1.829.701/SP, relator Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, Terceira Turma, julgado em 31/8/2020, DJe de 4/9/2020; TJSP; Apelação Cível 1133965-48.2023.8.26.0100; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 43ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/10/2024; Data de Registro: 08/10/2024.

Vale destacar que o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998, estabelece que, para que ocorra o cancelamento de um plano de saúde por inadimplência, é necessário que o consumidor esteja em mora por mais de sessenta dias e que seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.

Ademais, o STJ consolidou o entendimento de que, mesmo em

contratos coletivos, a rescisão unilateral não pode ser exercida de forma arbitrária e indiscriminada. Em especial, em situações em que o número de beneficiários é reduzido, aplica-se o Código de Defesa do Consumidor (CDC), devendo ser respeitada a vulnerabilidade do consumidor e a função social do contrato.

Na mesma direção, a Súmula 94 deste Egrégio Tribunal de Justiça dispõe:

“A falta de pagamento da mensalidade não opera, per si, a pronta rescisão unilateral do contrato de plano ou seguro de saúde, **exigindo-se a prévia notificação do devedor com prazo mínimo de dez dias para purga da mora.**” (destaquei).

No caso em apreço, não há prova de que tal notificação tenha sido feita. A própria Requerida sequer indica que procedeu à prévia notificação da beneficiária.

Outrossim, conforme demonstrado nos autos e confirmado pela Ré, houve pagamento da mensalidade de dezembro de 2023, a qual foi quitada em duplicidade em virtude do pagamento de fatura que estava cancelada. Ainda, o pagamento foi imputado a destempo pela Ré. Assim, sequer há falar em inadimplemento.

Como bem anotou a sentença: “Ainda que tenha demorado para ‘descobrir’ o equívoco da fatura, não poderia ter cancelado o plano. Bastava o envio de notificação prévia, que o consumidor prontamente iria contestar e comprovar o pagamento” (fls. 173).

Dessa forma, o cancelamento praticado pela Ré revela-se abusivo, pois desconsiderou os princípios da boa-fé objetiva e da proteção da dignidade humana, notadamente quando se trata de serviços essenciais à saúde.

Evidenciada a abusividade do cancelamento, impõe-se o reconhecimento da responsabilidade da Ré pelos prejuízos suportados pela Autora em decorrência de tal conduta.

Dessa forma, comprovada a urgência no atendimento hospitalar em rede credenciada, bem como o fato de que este teve de ser custeado pela Autora de

forma particular, diante do indevido cancelamento do plano, é medida que se impõe a condenação da Ré ao ressarcimento dos valores efetivamente despendidos.

Embora a Autora afirme que incorreu em gastos de R\$ 28.735,66, ela demonstrou que suportou o pagamento de R\$ 11.500,00, conforme recibos e nota fiscal de fls. 44 a 47.

O documentos de fls. 47, que indica despesas de R\$ 17.235,66, sequer se trata de uma Nota Fiscal que, como se sabe, é emitida em razão de pagamento realizado. Não há qualquer elemento nos autos que demonstre inequivocamente o desembolso pela Autora da quantia ali grafada.

Assim, não há como se considerar que tenha havido o dispêndio de R\$ 17.235,66 como alegado, porquanto sequer juntou o documento referente ao desembolso dessa quantia, nem mesmo em sede de Apelo.

Em suma, a Autora faz jus a indenização pelos danos materiais que efetivamente suportou, na ordem de R\$ 11.500,00, cabendo diminuta reforma da sentença nesse aspecto.

Deixo lição deste E. Tribunal:

“Direito Civil. Plano de saúde. Agravo de instrumento. Reembolso de despesas médicas exige comprovação do prévio desembolso. Recurso não provido. A planilha de cálculo apresentada pelo exequente compreende o tratamento prestado por treze meses, atingindo o montante de R\$ 811.548,84. A cláusula contratual exige comprovação de pagamento prévio para reembolso, visando evitar fraudes. A questão em discussão consiste em determinar se é possível o reembolso de despesas médicas sem o prévio desembolso pelo segurado. A cláusula contratual que exige comprovação de pagamento prévio para reembolso é lícita e visa evitar fraudes. Sem efetiva despesa, não há direito ao reembolso, conforme o

princípio da força obrigatória dos contratos. O direito ao reembolso depende do prévio desembolso pelo beneficiário. Sem desembolso, o negócio jurídico é nulo de pleno direito. Legislação Citada: Lei n. 9.656/1998, art. 12, inciso VI. Jurisprudência Citada: STJ, REsp n. 1.959.929/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, j. 22.11.2022. Recurso provido.” (TJSP; Agravo de Instrumento 2102333-59.2024.8.26.0000; Relator (a): Edson Luiz de Queiróz; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santo André - 2ª. Vara Cível; Data do Julgamento: 26/03/2025; Data de Registro: 30/03/2025).

Por fim, a Requerida alega que a rescisão do contrato não causou dano moral à Autora, por se tratar de mero inadimplemento contratual.

Todavia, tal entendimento é equivocado. O STJ pacificou entendimento de que o cancelamento indevido de plano de saúde, especialmente em situações de necessidade de atendimento médico, configura dano moral, pois agrava o contexto de aflição e angústia do segurado.

Transcrevo, desta feita, parte do voto da Ministra Nancy Andrighi, no REsp 1072308/RS, justificando meu entendimento: "Com efeito, a jurisprudência deste Tribunal vem reconhecendo que a recusa indevida à cobertura médica é causa de danos morais, pois agrava o contexto de aflição psicológica e de angústia sofrido pelo segurado”.

No caso em tela, o cancelamento ocorreu justamente em momento em que a Autora necessitava de tratamento médico de urgência, o que caracteriza situação de extrema vulnerabilidade, justificando a indenização fixada na sentença.

O valor de R\$ 5.000,00 estabelecido para os danos morais mostra-se adequado e proporcional às circunstâncias do caso concreto, cumprindo as funções de reparação e desestímulo à prática de condutas semelhantes por parte das operadoras.

A 4ª Câmara decidiu:

“DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. CANCELAMENTO. FALHA DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. RECURSOS DESPROVIDOS. I. Caso em Exame Recurso de apelação contra sentença que determinou o restabelecimento do plano de saúde e condenou as apelantes à reparação de danos materiais e morais. II. Questão em Discussão Consiste em analisar a legitimidade da operadora de saúde; a responsabilidade da administradora e operadora de saúde pelo cancelamento do plano e a adequação do montante arbitrado a título de indenização. III. Razões de Decidir Tem legitimidade a operadora de saúde para figurar no polo passivo, na medida em que integra a cadeia de consumo ao lado da administradora, respondendo solidariamente por danos decorrentes de defeito na prestação de serviços. A responsabilidade das apelantes é objetiva, nos termos do artigo 14 do CDC. Beneficiária submetida a situação constrangedora ao lhe ser negado atendimento. Cancelamento indevido por falha sistêmica e omissão das apeladas em restabelecer o plano. Dano moral configurado e indenização arbitrada em montante compatível com as circunstâncias do caso. IV. Dispositivo e Tese Recursos desprovidos. Tese de julgamento: 1. A responsabilidade da administradora e da operadora de saúde é solidária e objetiva. 2. O cancelamento indevido do plano de saúde, por erro sistêmico, que resulta em negativa de atendimento médico, somado à omissão para imediato restabelecimento, configura danos morais.” (TJSP; Apelação Cível 1001180-60.2024.8.26.0562; Relator



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

(a): Carlos Castilho Aguiar França; Órgão Julgador: 4ª
Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 10ª Vara
Cível; Data do Julgamento: 03/04/2025; Data de
Registro: 03/04/2025).

Por derradeiro, para fins do artigo 1.025 do Código de Processo Civil, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de se evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dou por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso da Ré e **DOU PARCIAL PROVIMENTO** ao recurso da Autora, tão somente para fixar a indenização em danos materiais em R\$ 11.500,00. Mantida, no mais, a sentença.

Por consequência, majoro os honorários advocatícios devidos pela parte Requerida para 15% do valor da condenação, nos termos do artigo 85, §11 do Código de Processo Civil.

É o voto.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora