



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000378933

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004478-84.2024.8.26.0554, da Comarca de Santo André, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada TANIA APARECIDA DA SILVA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Deram provimento em parte ao recurso. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 16 de abril de 2025.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES

relator

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1004478-84.2024.8.26.0554

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelada: Tânia Aparecida da Silva

Comarca: Santo André

MM. Juiz de 1ª instância: Luís Fernando Cardinale Opdebeeck

VOTO Nº 52759

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PARCIAL PROVIMENTO.

I. Caso em Exame

1. Recurso de apelação interposto pela ré contra sentença que julgou procedente ação de obrigação de fazer, consignação em pagamento e indenização por danos morais, condenando a ré a manter a autora como beneficiária do plano de saúde de sua genitora e ao pagamento de indenização por danos morais de R\$ 10.000,00.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em (i) verificar a legitimidade ativa da autora como dependente do plano de saúde e (ii) a legalidade da exclusão da autora do plano.

III. Razões de Decidir

3. Afastada a preliminar de ilegitimidade ativa, pois a autora é parte diretamente interessada na exclusão do plano. 4. Contratos de plano de saúde geram expectativa de continuidade e dependência, sendo vedada a exclusão sem justa causa. 5. A seguradora permitiu a permanência

da autora por mais de 30 anos, gerando expectativa de direito e violando o princípio da boa-fé objetiva. 6. A exclusão sem comunicação prévia e sem justa causa caracteriza venire contra factum proprium e surrectio.

IV. Dispositivo e Tese

7. Recurso parcialmente provido.

8. Tese de julgamento: 1. Exclusão de dependente é ilegal. 2. Expectativa de continuidade do plano é protegida pela boa-fé objetiva.

Legislação Citada:

Lei nº 9.656/98, art. 17.

Jurisprudência Citada:

TJSP, Apelação Cível 1081643-51.2023.8.26.0100, Rel. Rodolfo Pellizari, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 14/12/2023.

TJSP, Apelação Cível 1016544-42.2020.8.26.0100, Rel. Clara Maria Araújo Xavier, 8ª Câmara de Direito Privado, j. 25/01/2022.

RELATÓRIO.

1. Trata-se de recurso de apelação cível interposto pela ré às fls. 230/249 contra a r. sentença de fls. 213/216, cujo relatório se adota, julgou procedente ação de obrigação de fazer c/c consignação em pagamento e indenização por danos morais, para condenar a ré a manter a autora na condição de beneficiária do plano de saúde de titularidade de sua genitora, nas mesmas condições antes contratadas, bem como ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00.

2. A ré opôs embargos de declaração às fls. 221/225, rejeitados, nos termos da r. decisão de fls. 227.

3. Irresignada, insurge-se a apelante, relatando, em síntese, que enviou notificação à segurada conferindo o prazo de 90 (noventa) dias para que comprove a permanência na situação de dependente do titular do plano de saúde, conforme legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social. Aponta, preliminarmente, a ilegitimidade ativa da autora porquanto mera dependente do plano de saúde, firmado com sua genitora. Alega haver expressa previsão contratual possibilitando o cancelamento do plano de saúde mediante prévia notificação com 30 (trinta) dias de antecedência. Sustenta que agravante possui 56 anos e não é portadora de qualquer tipo de deficiência mental ou intelectual que a mantenha na condição de dependente, não se aplicando os institutos da *surrectio* e da *supressio*. Insurge-se, ademais, contra a condenação ao pagamento de indenização por danos morais, pugnando, subsidiariamente, pela redução do *quantum* arbitrado a este título.

4. Contrarrazões apresentadas às fls. 257/268.

FUNDAMENTOS.

5. O recurso merece parcial provimento.

6. Afasto a preliminar de ilegitimidade ativa da apelada, porquanto beneficiária do plano de saúde e, ainda que dependente,

é a parte diretamente interessada diante de sua exclusão da apólice pela seguradora apelante.

7. No mais, é certo que os contratos de plano de saúde geram no consumidor não apenas uma expectativa de continuidade da relação contratual, mas também uma verdadeira dependência, já que quanto maior o decurso do tempo, maior a idade do segurado e menores as chances de vir a contratar outro plano em condições equiparadas.

8. Assim, os princípios da função social do contrato e da boa-fé, em conjunto com as normas consumeristas já permitem chegar à resolução da questão. Se o contrato visa a preservação da vida e da saúde através da prestação de assistência e se tem características comuns com o seguro, consubstanciadas nos cálculos atuariais que relacionam o pagamento de prêmios com o índice de sinistros, não é de se esperar que um segurado, quer na posição de contratante, quer na posição de beneficiário, seja simplesmente excluído do grupo para que procure à própria sorte um novo plano individual, que certamente terá valor aviltante, não havendo qualquer prejuízo à operadora, que recebe a contraprestação devida pela prestação dos serviços inerentes ao contrato. Há nessa conduta uma patente violação ao dever de lealdade na execução do contrato, mormente porque a exclusão não se deu por qualquer conduta imputável à beneficiária.

9. Não obstante a previsão contratual de inclusão de dependentes nos termos da legislação de Imposto de Renda ou da Previdência Social, é certo que o plano de saúde foi contratado pelo grupo familiar em meados de 1989, quando a agravada já contava 21 anos de idade, ou seja, a seguradora, por mais de 30 anos, quedou-se inerte ao permitir a permanência da segurada no plano de saúde de titularidade de sua genitora, recebendo a respectiva contraprestação.

10. Tal conduta gerou uma expectativa de direito na apelante e se traduz em *venire contra factum proprium*, indo de encontro com o princípio da boa-fé objetiva posto que se esperava da seguradora um comportamento que não fosse incompatível com comportamento anterior, o qual perdurou por mais de 30 anos.

11. A propósito, não se pode olvidar os ensinamentos de SILVIO DE SALVO VENOSA: *“Trata-se de um imperativo em prol da credibilidade e da segurança das relações sociais e consequentemente das relações jurídicas que o sujeito observe um comportamento coerente, como um princípio básico da convivência. O fundamento situa-se no fato de que a conduta anterior gerou, objetivamente, confiança em quem recebeu reflexo dela. Assim, o comportamento contraditório se apresenta no campo jurídico como uma conduta ilícita, passível mesmo conforme a situação concreta de prejuízo, de indenização por perdas e danos (...)”* (VENOSA, Silvio de Salvo, “Direito Civil- Teoria

Geral das Obrigações e Teoria Geral dos Contrato", Atlas, 10ªed., p.390 – grifos nossos)

12. Digno de nota, ainda, que se trata a questão dos autos do instituto da *"surrectio"*, ou seja, o nascimento de uma obrigação antes juridicamente inexistente, em função de um comportamento comissivo da parte, que desperta na outra a legítima expectativa de que a situação permanecerá.

13. Nesse passo, os ensinamentos de Fredie Didier Jr. no sentido de que a *supressio* é *"a perda de uma situação jurídica de vantagem, pelo não exercício em lapso de tempo tal que gere no sujeito passivo a expectativa legítima de que a situação jurídica não seria mais exigida"*, em sentido oposto, *"a surrectio é exatamente a situação jurídica ativa, que surge para o antigo sujeito passivo, de não mais submeter-se à antiga posição de vantagem pertencente ao credor omissor"* (Multa coercitiva, boa-fé processual e *supressio*: aplicação do *duty to mitigate the loss* no processo civil. Revista de processo, 2009, v. 11, n. 1, p. 36).

14. A propósito:

APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Pretensão de manutenção do vínculo de dependência. Sentença de procedência. Inconformismo. Não acolhimento. Preliminar. Legitimidade ativa caracterizada. Autores, beneficiários do contrato, que possuem legitimidade concorrente com

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

o titular para discutir a alteração na relação contratual que lhes afeta. Aplicação do art. 436, caput e parágrafo único, do Código Civil. Falta de dialeticidade recursal deduzida pela parte autora afastada. Repetição das teses de defesa que não importa em ausência de vínculo com os fundamentos da sentença impugnada. Mérito. Suppressio. Caracterização. Seguradora que manteve a relação contratual por trinta e dois anos, sendo que os autores já não poderiam figurar como dependentes, se o contrato fosse cumprido à risca, na época da celebração da avença. Em que pese seja legítima a exclusão do dependente pelo advento da idade limite, o ordenamento jurídico não tolera ato contrário ao esperado, praticado após o transcurso de razoável período de tempo em que a seguradora não discutiu o cumprimento do contrato, gerando a expectativa quanto ao não exercício de seu direito subjetivo à exclusão dos autores. Precedentes. Manutenção da relação contratual que se impõe. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1081643-51.2023.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 24ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/12/2023; Data de Registro: 14/12/2023)

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Pretensão de condenação da requerida à obrigação de manutenção do autor como dependente de sua genitora, beneficiária titular do plano de saúde familiar. Sentença de improcedência. Inconformismo. Acolhimento. Cláusula contratual que previa a exclusão de dependente quando atingida a idade de 25 (vinte e cinco) anos. Dependente, porém, que permaneceu

usufruindo do prêmio, sem qualquer oposição da operadora, por 18 (dezoito) anos após o implemento da idade limite constante do contrato. Justa expectativa de que não mais seria excluído do plano de saúde contratado. Aplicação das teorias da "supressio" e da "surrectio". Vedação ao comportamento contraditório da requerida, contrário à boa-fé objetiva (nemo potest venire contra factum proprium). Sentença reformada. RECURSO PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1016544-42.2020.8.26.0100; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional II - Santo Amaro - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 25/01/2022; Data de Registro: 25/01/2022)

15. Por derradeiro, peço vênia para colacionar importante artigo¹ publicado na revista Migalhas em 30.01.2024, de autoria da nobre advogada Dra. Isabela Cristina Pereira, a respeito do tema em tela:

“Dependentes devem ser mantidos no plano de saúde sem a necessidade de comprovação de dependência financeira dos titulares da apólice

Beneficiários Sul América receberam notificação sobre comprovação de dependência financeira dos dependentes, sob risco de exclusão da apólice. Contrato regido pelo CDC não previa informação prévia sobre essa possibilidade.

No final de 2023, os beneficiários do plano de saúde da Operadora Sul América foram surpreendidos com o recebimento de uma Notificação, em que a operadora informou acerca da necessidade de comprovação de dependência financeira de seus dependentes, sob a penalidade de caso não comprovada, estes serem

¹ Disponível em < <https://www.migalhas.com.br/depeso/401026/dependentes-em-plano-de-saude-sem-comprovar-dependencia-financeira> > Acesso em 06.03.2024

excluídos da apólice.

Ocorre que, no momento da contratação do plano de saúde, os beneficiários não são informados da possibilidade de exclusão de seus dependentes, restando apenas cientes de quais os critérios necessários para a inclusão de eventuais dependentes de sua apólice.

Sabe-se que o negócio jurídico firmado entre a operadora de plano de saúde e os beneficiários constitui típico contrato regulado pelo Código de Defesa do Consumidor - CDC, no qual se visa à "realização do interesse de cada uma das partes - pelo consumidor, visando à obtenção do bem da vida (produto ou serviço) desejado; pelo fornecedor, a remuneração decorrente da contratação¹".

Isso posto, na hipótese de ausência de informação clara e objetiva sobre as cláusulas contidas no contrato firmado entre as partes, tem-se que, por força do artigo 46 do CDC², os beneficiários não poderão ser vinculados ao contrato nesses termos.

O dever de informação constitui corolário do próprio princípio da boa-fé objetiva, e visa, segundo JOSÉ GERAL BRITO FILOMENO, "informar bem o público consumidor sobre todas as características importantes de produtos e serviços, para que aquele possa adquirir produtos, ou contratar serviços, sabendo exatamente o que poderá esperar deles³".

Não obstante, também ensina Cláudia Lima Marques que "uma vez que nos contratos de adesão o consumidor tem de aceitar em bloco as cláusulas preestabelecidas pelo fornecedor, na maioria das vezes o consumidor nem sequer lê completamente o instrumento contratual ao qual vai aderir. Modernamente, porém, considera-se que

exista um dever de transparência nas relações de consumo. Assim, o consumidor deve ser informado, deve ter, pelo menos, a oportunidade de tomar conhecimento do conteúdo do contrato⁴.

Assim, a operadora do plano de saúde não pode, após celebrar o contrato e transcorridos anos após a inclusão dos dependentes na apólice, informar que estes serão excluídos, vez que é de sua responsabilidade informar a todos os beneficiários de forma clara e objetiva todas as cláusulas impostas à aderência, incluindo eventuais alterações durante a relação contratual e quais os critérios de exclusão.

Dessa forma, a exclusão dos dependentes, com déficit informativo, coloca o consumidor em desvantagem exagerada (CDC, artigo 39), o que acarreta a nulidade de pleno direito dos respectivos dispositivos contratuais, nos termos do artigo 51 do CDC.

Ressalta-se, ainda, que a manutenção dos dependentes na apólice por determinado período e sem qualquer necessidade de comprovação de elegibilidade, além do vínculo familiar, cria-se uma expectativa de direito de que estes não serão mais excluídos do plano de saúde.

Esse cenário pode ser interpretado por dois prismas do direito: a boa-fé contratual e vedação do venire contra factum proprium.

No venire contra factum proprium, tem-se que a parte contratante adota uma determinada conduta, que gera uma expectativa de direito no parceiro contratual, e, posteriormente, assume comportamento completamente oposto àquele, frustrando a expectativa criada. Para Anderson Schreiber:

PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

"O nemo potest venire contra factum proprium representa, desta forma, instrumento de proteção a razoáveis expectativas alheias e de consideração dos interesses de todos aqueles sobre quem um comportamento de fato possa vir repercutir. Neste sentido, o princípio de proibição ao comportamento contraditório insere-se no núcleo de uma reformulação da autonomia privada e vincula-se diretamente ao princípio constitucional da solidariedade social, que consiste em seu fundamento normativo mais elevado". (A proibição de comportamento contraditório: tutela da confiança venire contra factum proprium, Rio de Janeiro: Renovar, 2005, pág. 269/270).

Já a boa-fé contratual encontra amparo no instituto da Supressio, que significa a redução do conteúdo obrigacional mediante o fenômeno pelo qual um direito não mais pode ser exercido, posto que não usufruído por determinado período de tempo e a intenção de exercê-lo posteriormente contrariaria a expectativa gerada na relação jurídica estabelecida.

Assim, pode-se caracterizar a Supressio quando determinadas relações jurídicas deixam de ser observadas com o passar do tempo e, em decorrência, surge para a outra parte a expectativa de que aquele direito/obrigação originariamente acertado não será exercido na sua forma original. Isto é, a supressio consiste no fenômeno da supressão de determinadas relações jurídicas pelo decurso do tempo.

De outra sorte, ao mesmo tempo em que o credor perde um direito por essa supressão, surge um direito a favor do devedor, por meio da surrectio, direito este que não existia juridicamente até então, mas decorre da

efetividade social, de acordo com os costumes.⁵

Contudo, os entendimentos e princípios supramencionados não são aplicados de forma voluntária pelas operadoras de planos de saúde.

Isso porque, em novembro de 2023, uma beneficiária da Operadora Sul América recebeu uma Notificação informando que, no prazo de 60 dias, a titular deveria comprovar a dependência financeira de seus dependentes vinculados ao plano de saúde.

A beneficiária em questão possuía uma relação contratual com a operadora há mais de 30 anos e possuía 2 dependentes em seu plano de saúde, sendo estas suas filhas naturais.

Em atenção à possibilidade de que as suas 2 filhas fossem excluídas de seu plano de saúde, a beneficiária procurou um escritório especializado em Direito à Saúde, a fim buscar amparo no Poder Judiciário.

Ao analisar o caso concreto, a Magistrada da 2ª Vara Cível do Foro Regional de Pinheiros do Estado de São Paulo, nos autos sob 1021336-10.2023.8.26.0011, determinou que as dependentes fossem mantidas no plano de saúde da titular, sob o fundamento de que "os autores possuem o plano de saúde da ré, através de seu dependente financeiro e não tem nenhum motivo justificável para exclusão dos dependentes e por isso devem ser mantidos no plano".

Ora, não há qualquer fundamento legal capaz de embasar a atitude unilateral da operadora de plano de saúde, vez que a exclusão perpetrada dos dependentes e transcorridos anos sem qualquer oposição, revela manifesto comportamento desleal, colocando a parte

em desvantagem exagerada, incompatível com a boa-fé objetiva, sendo, pois, abusiva.

Não obstante, sobre o tema, tem decidido o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo que "o ordenamento jurídico não tolera ato contrário ao esperado, praticado após o transcurso de razoável período de tempo em que a seguradora não discutiu o cumprimento do contrato, gerando a expectativa quanto ao não exercício de seu direito subjetivo à exclusão dos autores."⁶

Isso posto, tem-se que a postura unilateral das operadoras em excluírem os dependentes das apólices trata-se de inovação, sendo abusiva e de caráter punitivo aos beneficiários.

Certo é que a prestação de serviço de saúde é, em princípio, um dever do Estado (CF, artigo 196), mas que, ante a falta de preparo do poder público para exercer esta função, foi assumida por empresas privadas, atraídas pela alta lucratividade que essa atividade oferece. Todavia, não se pode permitir que, embora exercida por empresas privadas, se percam os valores consagrados pela nossa ordem constitucional.

Dessa forma, tendo em vista à pretensão apresentada pelas operadoras de plano de saúde em excluírem os dependentes da apólice, os beneficiários estão sendo obrigados a procurarem amparo junto ao Poder Judiciário, a fim de garantirem a manutenção do seu plano de saúde, bem como a afastarem as condutas abusivas das operadoras de planos de saúde." (Destaque do original).

16. No entanto, no que tange à condenação da apelante ao

pagamento de indenização por danos morais, merece acolhimento sua pretensão posto que, não obstante tenha sido reconhecida a abusividade da exclusão da segurada da apólice, não houve ato ilícito ensejador da obrigação de indenizar.

17. Destarte, em razão do acolhimento parcial das razões recursais, redistribuo os ônus da sucumbência em 40% em desfavor da autora e 60% em desfavor da ré.

18. Por derradeiro, dou por prequestionados os dispositivos invocados e, tendo sido devidamente motivado o entendimento esposado por esta C. 2ª Câmara de Direito Privado, eventual acesso às vias especial ou extraordinária não restará prejudicado.

19. Diante do exposto, pelo meu voto, DOU PARCIAL PROVIMENTO ao recurso, nos termos da fundamentação supra.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES
RELATOR