



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000381593

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1001443-83.2024.8.26.0565, da Comarca de São Caetano do Sul, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, são apelados HEITOR SERRA BEZZI, FERNANDO MANGIANELLI BEZZI e DARCI MARIA MANGIANELLI BEZZI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 6ª 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 Desembargadores RAMON MATEO JÚNIOR (Presidente sem voto), LUCILIA ALCIONE PRATA E VITO GUGLIELMI.

São Paulo, 19 de abril de 2025.

MARIA DO CARMO HONÓRIO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1001443-83.2024.8.26.0565

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelados: Heitor Serra Bezzi, Fernando Mangianelli Bezzi e Darci Maria Mangianelli Bezzi

Comarca: São Caetano do Sul

V. 14387

APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES. ADMISSIBILIDADE. USO PELOS BENEFICIÁRIOS. INCONTROVERSIA. EXCLUSÃO POR IDADE E CARÊNCIA DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA. INADMISSIBILIDADE. PREVISÃO DE EXCLUSÃO. INEXISTÊNCIA. EXISTÊNCIA, MESMO SE ADMITIDA, IRRELEVANTE. MANUTENÇÃO DO VÍNCULO PELA OPERADORA POR VÁRIOS ANOS. LEGÍTIMA EXPECTATIVA DOS CONSUMIDORES DE CONTINUIDADE DA AVENÇA. "SURRECTIO" E "SUPRESSIO". CONFIGURAÇÃO. PRESERVAÇÃO DA BOA-FÉ OBJETIVA. PRECEDENTES. RECURSO DESPROVIDO.

1. A exclusão de dependentes de plano de saúde deve observar as disposições contratuais e legais aplicáveis, sob pena de abusividade.

2. Se a operadora de plano de saúde aceita a manutenção de beneficiários dependentes por mais de uma década após eles atingirem a idade limite estabelecida em contrato, não pode, depois disso, simplesmente excluí-los, sob pena de ofensa ao princípio da boa-fé objetiva.

Trata-se de Apelação interposta contra sentença judicial (p. 188/193), cujo relatório adoto, inalterada em sede de aclaratórios (p. 203), por meio da qual a MMa. Juíza da 6ª Vara Cível da Comarca de São Caetano do Sul julgou procedente o pedido dos autores, para condenar a “parte ré a se abster de promover o desligamento dos coautores Fernando e Darci em razão da ausência de dependência financeira com o titular Heitor, mantendo-os como beneficiário do plano de saúde nas mesmas condições contratadas”. Pela sucumbência, condenou a ré ao pagamento das custas e despesas processuais, além de honorários advocatícios fixados em 10% do valor da causa.

Segundo as razões recursais: a) “não há que se falar em aquisição de legítima expectativa, tampouco em violação à boa-fé, visto que a atuação da recorrente se pautou, a todo tempo, nas cláusulas do contrato e na legislação aplicável ao caso”; b) “não houve o cancelamento arbitrário ou repentino do plano de saúde, pois o dependente foi notificado com antecedência suficiente de 90 (noventa) dias, sobre a exclusão em razão da perda das condições de elegibilidade, sendo-lhe ofertada as opções de comprovar a dependência financeira da titular do contrato em 60 (sessenta) dias ou solicitar a portabilidade, havendo plenas possibilidades de resolução da controvérsia pela via administrativa”; c) “a conduta da seguradora recorrente não pode ser taxada como abusiva, pois o que se pretende é o cumprimento do quanto avençado entre as partes, a fim de que, sob a alegação de proteção à boa-fé e geração de expectativa de direito, não se crie um desequilíbrio na relação contratual a ponto de obstar o direito de uma das partes de promover a sua rescisão”; d) “não é possível falar em expectativa legítima quando se trata de pessoa que há anos perdeu a condição de elegibilidade para figurar como dependente, plenamente capaz e independente financeiramente”; e) “o caso em discussão não permite a aplicação da excepcionalidade do instituto da *surrectio* uma vez que a apelada/filha “dependente”, por ter APENAS 26 (vinte e seis) anos não se enquadra no conceito de idoso”; f) “é dever do beneficiário, enquanto cidadão, agir na legalidade e na boa-fé, e não tentar se beneficiar da própria torpeza, como no caso em tela” (p. 206/214).

Recurso tempestivo e preparado (p. 219/220).

Contrarrazões apresentadas (p. 224/232).

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É O RELATÓRIO.

VOTO.

O recurso não comporta provimento.

Com efeito, o cancelamento do plano não encontra respaldo “na cláusula contratual 14.1 (fls. 113), pois não comprovado pela ré que o seguro não tenha sido utilizado pelos autores desde a última renovação, conforme condição prevista na parte final de referida cláusula”, conforme concluiu a MM^a magistrada *a quo* (p. 192).

A cláusula 11.2 do contrato firmado entre as partes (p. 111), por sua vez, não estabelece a exclusão de dependentes em razão da ocorrência de determinados eventos. Assim, comprovada a aplicação de regra não prevista pela apólice do plano, a conduta da ré se mostra abusiva.

De qualquer forma, ainda que a cláusula autorizasse a exclusão do dependente com base na legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social, a requerida continuou recebendo o pagamento das mensalidades relativas ao plano de saúde e prestando serviços médico-hospitalares, sem qualquer oposição, de forma que a situação assim permaneceu por mais de 10 anos (fato incontroverso).

Nesse cenário, a partir da atitude reiterada da operadora de plano de saúde ao longo de mais de uma década, nasceu, em razão do princípio da boa-fé objetiva, o direito dos beneficiários de manterem-se no plano de saúde, ainda que não pactuado. Ocorreu, em outras palavras, “ampliação do conteúdo obrigacional mediante o surgimento de prática de conduta não previsto no contrato” (TJSP; Apelação Cível 1005752-96.2019.8.26.0477; Relator: Viviani Nicolau; Órgão Julgador: 3^a Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 06/03/2020).

Não tem sido outro, em casos análogos, o entendimento desta Câmara:

“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PRETENSÃO DE MANUTENÇÃO DE DEPENDENTE NO PLANO DE SAÚDE MESMO APÓS ATINGIR A MAIORIDADE. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. I. Caso em exame 1. Trata-se de apelação interposta pela operadora de plano de saúde contra a sentença que julgou procedente o pedido para garantir a manutenção do dependente no plano de saúde contratado. 2 A operadora alegou a impugnação ao valor da causa, sustentando que haveria apenas obrigação de fazer, considerando o valor excessivo. II. Questão em discussão 3. A questão em discussão consiste em saber se a manutenção dos dependentes no plano de saúde é devida, considerando a expectativa legítima dos beneficiários e a continuidade do contrato após terem atingido a maioridade e o contrato ter sido mantido por anos, mediante o pagamento da contraprestação pelo beneficiário III. Razões de decidir 4. A expectativa legítima do beneficiário em relação à continuidade do contrato deve ser respeitada, aplicando-se a *supressio* e da *surrectio* ao caso concreto. 5. O exercício da cláusula exclusão nesse momento implica em conduta abusiva que deve ser coibida (art. 51, IV, do CDC). 6. Não há prejuízo à operadora, pois o beneficiário continua a efetuar os pagamentos mensais, mantendo a relação contratual. IV. Dispositivo e tese 7. Sentença mantida. 8. Tese de julgamento: “1. A manutenção dos dependentes no plano de saúde é devida, respeitando a expectativa legítima dos beneficiários. 2. O exercício da cláusula de exclusão do beneficiário no caso concreto não é possível e implica em conduta abusiva perante o consumidor, pois viola a boa-fé contratual. Incidência da *supressio* e da *surrectio* ao contrato” (TJSP; Apelação Cível 1002566-87.2024.8.26.0704; Relator: Débora Brandão; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 27/11/2024).

“AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – Autor que pleiteia sua manutenção na apólice de seguro saúde originalmente contratada, mesmo após o falecimento do titular, seu pai – Sentença de procedência para determinar que a ré se abstenha de rescindir o contrato, pelo período de remissão e posteriormente, por

período indeterminado, mediante pagamento de prêmio pelo autor – Irresignação da ré – Não acolhimento – Contrato regido pelo Código de Defesa do Consumidor – Incidência da Súmula Normativa nº 13/2010 da ANS e art. 30, §§ 2º e 3º da Lei nº 9.656/98 – Hipótese em que, a despeito de o filho do titular ter completado 24 anos, a ré continuou enviando boletos de cobrança e disponibilizando o serviços de assistência médico-hospitalar – Situação que perdurou por longo período de tempo – Expectativa legítima de manutenção no plano – Operadora de Saúde ré que não exerceu o seu direito contratual ao longo dos anos – Aplicação das teorias da "supressio" e da "surrectio" – Princípios da boa-fé objetiva, função social e da lealdade contratual que devem ser respeitados – Reconhecido direito do dependente de se manter na apólice contratada, durante e após o período de remissão, mantida a mesma segmentação e cobertura de origem, ante a ausência de prejuízo – Sentença mantida – Recurso desprovido” (TJSP; Apelação Cível 1120245-14.2023.8.26.0100; Relator: Marcus Vinicius Rios Gonçalves; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 30/04/2024).

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso.

Levando em conta o trabalho adicional realizado em grau recursal pelo advogado dos apelados, majoro os seus honorários advocatícios para 12% do valor da causa (art. 85, § 11, CPC).

Para evitar a oposição de Embargos de Declaração meramente protelatórios, considera-se, desde já, prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional.

MARIA DO CARMO HONÓRIO

Relatora