



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000420848

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010012-70.2024.8.26.0566, da Comarca de São Carlos, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, são apelados MARINA ARAÚJO LOPES e ISAIAS LOPES DA SILVA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 7ª 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 LIA PORTO (Presidente) E FERNANDO REVERENDO VIDAL AKAOUI.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

PASTORELO KFOURI

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº **9594**

Apelação Cível nº **1010012-70.2024.8.26.0566**

Relator: **Pastorelo Kfour**

Órgão Julgador: **7ª Câmara de Direito Privado**

Comarca: São Carlos/1ª Vara Cível

Juiz(a): Milton Coutinho Gordo

Apelante (s): Sul América Seguradora de Saúde S/A

Apelado (a)(s): Marina Araújo Lopes e outro

Ementa: DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. EXCLUSÃO DE DEPENDENTES POR IDADE. VIOLAÇÃO DA BOA-FÉ CONTRATUAL. SUPRESSIO E SURRECTIO. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação contra a sentença de procedência, que condenou a requerida à manutenção do plano de saúde da autora nas condições anteriores, ao pagamento de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por danos morais e à reparação material.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão reside em analisar (i) a possibilidade de exclusão de dependentes maiores de 21 anos sem previsão contratual e após anos de manutenção do vínculo; (ii) a ocorrência de danos morais em virtude da exclusão; e (iii) o dever da seguradora de ressarcir os danos materiais.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. Não há cláusula contratual que preveja expressamente a exclusão de dependentes por atingimento de idade limite.

4. A relação entre as partes é de consumo, aplicando-se as disposições do Código de Defesa do Consumidor, que exige interpretação mais favorável ao consumidor em casos de ambiguidade contratual.

5. A operadora aceitou a manutenção da apelada no plano de saúde por anos, recebendo regularmente as mensalidades, o que gerou expectativa legítima de manutenção do vínculo.

A supressio impede a alegação posterior do direito à exclusão e a surrectio consolida o direito da autora de permanência no plano.

6. A exclusão abrupta da dependente, após anos de inércia da operadora, configura venire contra factum proprium e afronta o princípio da boa-fé objetiva, essencial para o equilíbrio das relações contratuais.

7. O dever de indenizar decorre do constrangimento e do risco a que a autora foi submetida com o cancelamento de seu plano de saúde pela operadora.

IV. DISPOSITIVO E TESE

8. Recurso conhecido e desprovido.

Tese de julgamento: “A operadora de plano de saúde que mantém beneficiário como dependente por período prolongado, sem oposição ou aviso prévio, gera expectativa legítima de manutenção do vínculo, sendo vedada sua exclusão abrupta com fundamento em idade-limite não especificada no contrato.”

Dispositivos relevantes citados: CC, art. 422; CDC, art. 4º.
Jurisprudência relevante citada: n/a.

Cuida-se de recurso de apelação contra a sentença de procedência a fls. 417/423, que confirmou a tutela concedida para condenar a requerida à manutenção do plano de saúde da parte autora nas condições anteriores, ao pagamento de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por danos morais e de R\$ 520,00 (quinhentos e vinte reais) por danos materiais.

Em suas razões recursais, a apelante assevera que há previsão contratual de que o seguro pode ser cancelado por qualquer uma das partes mediante aviso prévio.

Argumenta que era ônus dos apelados demonstrar a dependência financeira em relação ao titular para que a condição de dependente do plano de saúde fosse mantida.

Sustenta que a *supressio* e a *surrectio* não foram configurados.

Aduz que agiu em conformidade com as cláusulas contratuais e com a legislação aplicável ao caso.

Alega que não houve cancelamento arbitrário ou repentino do plano de saúde, asseverando que os dependentes foram notificados com antecedência de 90 (noventa) dias sobre a exclusão em virtude da perda das condições de elegibilidade. Acrescenta que foi possibilitada a comprovação da dependência financeira em relação ao titular ou a solicitação de portabilidade.

Defende que não há que se falar em expectativa legítima quando a condição de elegibilidade foi perdida há anos.

Assevera que a renúncia às cláusulas do negócio jurídico não pode ser tácita, argumentando que não houve perda do direito de seguradora de excluir a dependente.

Aduz que o instituto da *surrectio* não se aplica ao caso, asseverando que a apelada não é idosa ou pessoa com deficiência.

Alega que os filhos capazes apenas são considerados economicamente dependentes de seus genitores até os 21 (vinte e um) anos ou até os 24 (vinte e quatro), no caso de matrícula em curso superior.

Argumenta que é dever do beneficiário agir de boa-fé e que era dever do titular do plano de saúde informar o término da relação de dependência para que os dependentes pudessem solicitar a portabilidade.

Quanto à condenação por danos morais, sustenta que a apelada deveria ter demonstrado a conduta ilícita, a má-fé e o nexo causal.

Defende que não houve falha na prestação de serviços ou prática de ato ilícito, aduzindo que agiu em regular exercício de direito.

Requer o afastamento da condenação por danos morais ao argumento de que não houve lesão à honra ou aos sentimentos da parte autora. Subsidiariamente, pugna pela minoração da indenização.

Em contrarrazões a fls. 456/485, os apelados manifestam-se pelo desprovimento do recurso de apelação interposto pela ré.

É o relato do essencial.

O recurso é tempestivo e o preparo foi devidamente recolhido. Presentes os demais pressupostos de admissibilidade, conheço do recurso e o recebo apenas em seu efeito devolutivo, nos termos do art. 1.012, §1º, V, do CPC.

Trata-se de ação de obrigação de fazer c.c. pedido de tutela de urgência, em que a autora pretende a condenação da ré à manutenção de seu plano de saúde na condição de dependente da titular da apólice.

A sentença não comporta reforma.

A relação jurídica existente entre as partes, conforme entendimento firmado na Súmula STJ nº 608, é de natureza consumerista, razão pela qual é analisada à luz do microssistema protetivo pautado na vulnerabilidade material e hipossuficiência processual do consumidor, bem como de outras disposições legais

benéficas a este.

O fundamento da exclusão das seguradas dependentes é o atingimento de idade incompatível com aquela que as leis do imposto de renda e da previdência social consideram para caracterizar a relação de dependência econômica entre o titular do contrato e os demais beneficiários.

No entanto, tal norma se encontra inserida na cláusula referente à “Aceitação de Segurados” (fls. 208). Da leitura deste excerto, é possível identificar que se trata de inclusão de dependentes no contrato da titular, e não de exclusão. Nota-se ali que é permitida a inserção de cônjuge, companheiro, filhos e “outros considerados dependentes” na forma das leis supramencionadas. Logo, conclui-se que os parâmetros das leis indicadas para fundamentar a exclusão do agravado apenas servem para definir os dependentes inseríveis no plano que não sejam cônjuges, companheiros e filhos.

Não obstante a citada previsão, fato é que o contrato não estabeleceu a idade máxima para condição de dependente e tampouco atribuiu à sua titular o dever de informá-lo à operadora, até mesmo em virtude da ausência da discriminação deste critério no instrumento firmado. Sobre isso, a própria seguradora tinha acesso a esta informação, pois devidamente declaradas as idades das menores à época da contratação.

Igualmente, a hipótese de cancelamento injustificado pela operadora sob argumento de exercício do direito de autonomia e liberdade de contratação não se sustenta nesta hipótese. A abusividade de tal cláusula é patente, pois de forma transversa busca a exclusão da dependente maior de 21 anos injustificadamente, em

manifesto desequilíbrio contratual que não se pode admitir. Ademais, incide sobre a hipótese dos autos a previsão do art. 13 da Lei nº 9.656/1998, que veda o cancelamento do contrato, pela operadora, em hipóteses em que não há fraude ou inadimplemento.

A conduta da apelante fere a boa-fé objetiva em verdadeira afronta ao art. 4º, III do Código de Defesa do Consumidor e ao art. 422 do Código Civil. Princípio basilar do direito contratual, a boa-fé que se espera do comportamento das partes durante a vigência dos negócios não pode ser rompida de forma abrupta e injustificada por nenhuma delas.

Não é demais observar que durante todo o tempo decorrido após o alcance dos 21 anos pela recorrida, a seguradora não deixou de receber as mensalidades que foram quitadas pontualmente, demonstrando a ausência de prejuízo que pudesse ensejar causa para o cancelamento do negócio.

A demora da apelante em reclamar a exclusão da apelada do seguro contratado por sua genitora perdurou por anos, operando-se, com isso, a consolidação de situação fática aceita por ambas as partes durante longo tempo. O surgimento da expectativa de manutenção da condição de segurada decorreu de omissão exclusiva da recorrente que não pode agora ser oposta à recorrida em verdadeiro *venire contra factum proprium* praticado pela seguradora, tampouco ser aceita para sua defesa nos presentes autos.

Neste cenário, operou-se a *supressio* em desfavor da recorrente e a *surrectio* em prol da apelada, duas faces da mesma moeda que implicam a manutenção da situação fática instalada entre as partes em virtude do prolongamento no tempo das condições do

contrato que há muito vêm sendo garantidas pela manutenção do comportamento passivo das partes tal com firmado.

Neste sentido é o entendimento pacífico desta Corte:

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER PLANO DE SAÚDE. Julgamento de procedência do pedido inicial para manter o coautor como dependente no plano de saúde de sua genitora. Irresignação da requerida. Alegada perda da condição de elegibilidade do dependente. 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 o dependente 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. (TJSP; Apelação Cível 1004476-21.2024.8.26.0003; Relatora: Daniela Cilento Morsello; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 26/02/2025)

APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES. EXCLUSÃO POR IDADE. 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. (TJSP; Apelação Cível 1116136-20.2024.8.26.0100; Relatora: Maria do Carmo Honório; Órgão Julgador: 6ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 25/02/2025)

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE FAMILIAR. FALECIMENTO DO TITULAR. NÃO OPOSIÇÃO DA OPERADORA À PERMANÊNCIA DE DEPENDENTE POR DIVERSOS ANOS APÓS A MAIORIDADE. *SURRECTIO* E *SUPRESSIO*. DIREITO DE REMISSÃO E MANUTENÇÃO DA DEPENDENTE NO PLANO. OBSERVÂNCIA À BOA-FÉ OBJETIVA. INTELIGÊNCIA DA SÚMULA NORMATIVA ANS Nº 13. RECURSO DESPROVIDO. I. CASO EM EXAME Apelação interposta por operadora de plano de saúde contra sentença que determinou a reativação de plano de saúde em favor da autora, na condição de dependente da titular falecida, com direito à remissão e posterior manutenção nas mesmas condições contratuais. II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO Há duas questões em discussão: (i) a análise da aplicabilidade da cláusula contratual que exclui da apólice o beneficiário quando deixa de ser dependente econômico do titular; e (ii) a verificação do direito da autora à remissão e em permanecer no plano após o período de remissão. III. RAZÕES DE DECIDIR 1. A operadora manteve a autora como beneficiária do plano de saúde por mais de 15 anos após ela atingir a alegada idade-limite para

a configuração de situação de dependência, sem qualquer oposição, criando legítima expectativa de permanência, aplicando-se ao caso concreto os institutos da *supressio* e *surrectio*. A súbita exclusão da dependente apenas após o falecimento da titular caracteriza comportamento contraditório e abusivo, violando-se a boa-fé objetiva. 2. O direito à remissão decorre da própria condição de dependente da autora na apólice, conforme expressa previsão contratual. 3. O término do período de remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado à dependente o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. Inteligência da súmula normativa nº 13/2010 da ANS. Irrelevância da alegação de que a operadora não comercializa mais o referido plano, pois não se trata de contratação nova, mas de mera manutenção em plano já existente. IV. DISPOSITIVO Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1013288-86.2023.8.26.0100; Relatora: Rosana Santiso; Órgão Julgador: Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1); Data do Julgamento: 24/02/2025)

Os danos morais foram configurados. A autora, portadora de anemia falciforme, apenas tomou ciência de sua exclusão do plano de saúde quando, durante crise de dor, procurou o pronto-atendimento de hospital conveniado, oportunidade em que teve de custear o tratamento para alívio das dores no quadril ao qual foi submetida, como se vê a fls. 54.

Não se trata de mero aborrecimento, mas de situação em que o constrangimento e o risco a que a apelada foi exposta têm o condão de causar verdadeiro sofrimento psíquico, a gerar o dever de indenizar.

Portanto, na espécie, considerando os princípios da proporcionalidade-razoabilidade e da moderação e as peculiaridades do caso concreto, além do entendimento jurisprudencial, adequada e proporcional a compensação em R\$10.000,00 (dez mil reais).

Foi o valor fixado por esta C. Câmara em casos análogos, nos quais houve especial gravidade na recusa do custeio pelas operadoras, acarretando o sofrimento desnecessário dos pacientes:

APELAÇÃO CÍVEL – Plano de saúde - Cobertura assistencial – Negativa indevida de fornecimento de atendimento em regime de internação domiciliar (home care) de acordo com a prescrição médica - Súmula 90 deste Egrégio Sodalício - Paciente que faleceu no hospital – Extinção do processo sem exame de mérito em relação ao pedido obrigacional - Sentença que condenou a operadora no pagamento de danos morais - Insurgência da requerida – Danos morais demonstrados e presentes in casu – Valor da indenização reduzido para R\$ 10.000,00 (dez mil reais) - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1018623-92.2022.8.26.0562; Relator (a): Fernando Reverendo Vidal Akaoui; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/05/2023; Data de Registro: 12/05/2023)

Apelação. Questão preliminar. Revogação da justiça gratuita. Descabimento. Não infirmação da alegação de hipossuficiência apresentada pela apelada. Mérito. Plano de saúde. Negativa de cobertura para cirurgia de hérnia de disco extrusa lombar. Procedimento de natureza urgente. Risco de paralisia permanente. Comprovação por meio de perícia médica realizada no curso da instrução processual. Recusa de cobertura abusiva. Dano moral. Recusa indevida a tratamento emergencial

que extrapola o mero dissabor, em função da gravidade da situação vivenciada pela usuária do plano de saúde. Dano moral configurado. Valor arbitrado em R\$ 20.000,00. Valor que supera a quantia ordinariamente as indenizações concedidas por esta Colenda Câmara para casos análogos. Inexistência de situação excepcional que justifique o arbitramento da indenização em valor superior a R\$ 10.000,00. Recurso parcialmente provido. (TJSP; Apelação Cível 1049428-90.2021.8.26.0100; Relator (a): Ademir Modesto de Souza; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 05/04/2023; Data de Registro: 05/04/2023)

OBRIGAÇÃO DE FAZER COMBINADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – Plano de assistência à saúde – Autora diagnosticada com adenocarcinoma, com indicação, após cirurgia de histerectomia, de tratamento com Radioterapia com Intensidade Modulada (IMRT) – Negativa de cobertura pela operadora, ao argumento que o tratamento não se destinaria à espécie de câncer da autora – Ação julgada procedente – Insurgência da operadora requerida – Alegação que o tratamento não está coberto pelo Rol da ANS – Descabimento – Lei nº 14.454/2022 que estabeleceu a obrigatoriedade de cobertura pelos planos de tratamento que, ainda que fora do Rol da ANS, tenham eficácia científica comprovada – Autora que demonstrou evidências científicas do tratamento prescrito para sua enfermidade – Negativa de cobertura que constitui dano moral in re ipsa – Valor fixado que é proporcional e cumpre com a dupla função da indenização, reparatória e pedagógica – Sentença mantida – RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1090535-17.2021.8.26.0100; Relator (a): Miguel Brandi; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 25ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/11/2022; Data de Registro:

24/11/2022)

APELAÇÃO. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer c.c danos morais. Sentença de procedência. Inconformismos de ambas as partes. carcinoma de células Merckel metastático para pâncreas e adrenal direita. Negativa dos medicamentos Opdivo (nivolumabe) e Yervoy (ipilimumabe). Cabe ao médico que atende o paciente e não ao plano de saúde eleger o tratamento mais conveniente. O rol da ANS é meramente exemplificativo e não restritivo. Súmulas 95, 96 e 102 deste Eg. Tribunal. Danos morais configurados. A negativa injustificada ao cumprimento do contrato, além de colocar em risco a vida do autor, gerou constrangimento e sofrimento que extrapolam o mero aborrecimento. Cláusula de reembolso obscura que deve ser afastada. Recurso da ré a que se nega provimento e do autor a que se dá provimento. (TJSP; Apelação Cível 1094833-52.2021.8.26.0100; Relator (a): José Rubens Queiroz Gomes; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 20ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/09/2022; Data de Registro: 19/09/2022)

Apelação – Plano de Saúde – Ação Cominatória c.c. Indenizatória – Sentença de improcedência – Paciente portadora de diabetes – Prescrição de tratamento pelo sistema de terapia de pressão negativa – Negativa indevida – Aplicação da Súmula 102 deste E. Tribunal – Plano de saúde não pode negar a cobertura ao tratamento e medicamentos prescritos pelo médico assistente – Julgados reiterados deste E. Tribunal com relação ao mesmo tratamento – Precedente da 4ª Turma do E. STJ (REsp 1.733.013/PR) que não possui efeito vinculante – Cobertura devida – Dano moral configurado – Sentença reformada – Recurso provido. (TJSP; Apelação Cível



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

1005282-12.2022.8.26.0590; Relator (a): Luiz Antonio Costa; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de São Vicente - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 01/09/2022; Data de Registro: 01/09/2022)

Para viabilizar eventual acesso às vias extraordinária e especial, considero prequestionada a matéria, evitando-se a interposição de embargos de declaração com esta única e exclusiva finalidade, observando o pacífico entendimento do STJ de que desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que a questão posta tenha sido decidida (EDROMS 18205/SP, Min. Felix Fischer, DJ de 08/05/2006). Àqueles manifestamente protelatórios aplicar-se-á a multa prevista no art. 1.026, §§ 2º e 3º, do CPC.

Pelo exposto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso de apelação.

PASTORELO KFOURI
Relator