



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000423192

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1004508-05.2024.8.26.0010, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE S/A, é apelada CRISTIANE VESTERMAN.

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

São Paulo, 30 de abril de 2025.

LUIS FERNANDO CIRILLO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

9ª Câmara de Direito Privado

Apelação cível nº 1004508-05.2024.8.26.0010

Juízo de origem: São Paulo - 1ª Vara Cível do Foro Regional X

Recorrente(s): Sul América Companhia de Seguros Saúde S.A.

Recorrido(a)(s): Cristiane Vesterman

MM. Juiz(a) prolator(a) da decisão recorrida: Dr(a) Ligia Maria Tegão Nave

Voto nº 2.337

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Contrato coletivo. Morte do titular. Dependente (filha). Pleito de manutenção no contrato. Sentença procedência. Insurgência da ré. Tese de impossibilidade de continuidade do contrato. Desacolhimento. Rescisão da avença após o período de remissão que se afigura abusiva (art. 51, IV, do CDC). Incidência do art. 30, § 3º, da Lei n. 9.656/98 e do art. 8º da Resolução Normativa n. 279/2011 da ANS. Súmula 13 da ANS, a qual se aplica analogamente aos contratos coletivos. A extinção do vínculo do titular do plano não extingue o contrato. Hipótese em que por longo tempo não foram os filhos excluídos do plano, tendo a ré recebido o pagamento das mensalidades e prestado normalmente os serviços médicos. Cancelamento do contrato que caracteriza comportamento contraditório e atenta contra a boa-fé objetiva. Incidência do instituto da suppressio. Expectativa legítima dos beneficiários de manutenção do plano. Sentença mantida. Recurso improvido.

Trata-se de apelação interposta contra sentença de fls. 114/119, que apresenta o seguinte dispositivo *“Por todo o exposto, nos termos do artigo 487, I, do CPC, JULGO PROCEDENTE a ação para CONDENAR a requerida à obrigação de fazer consistente em manter a autora no plano de saúde havido entre as partes, agora como titular, cumprindo-lhe arcar com a mensalidade correspondente, CONFIRMANDO a tutela de urgência anteriormente deferida. Em razão do princípio da causalidade, arcará a requerida com as custas processuais e com os honorários de sucumbência, que fixo em 10% do valor atualizado da causa (artigo 85, §2º do CPC).”*

Pleiteia a parte recorrente ré a reforma da sentença (fls. 122/134).

Para tanto, sustenta, em síntese, que a própria

apelada encaminhou a documentação do óbito da titular à seguradora, concordando com o cancelamento do plano. Aduz que na condição de dependente, essa que já atingiu a maioridade, não poderia permanecer vinculada ao plano de saúde, sequer caso dependesse da titular do plano de saúde, considerando o óbito desta. Sustenta que não houve no presente caso qualquer conduta ilícita ao excluir a dependente do plano de saúde gozado pelo mesmo, uma vez, que apenas cumpriu o que determina o contrato celebrado entre as partes. Argumenta que não se pode confundir o conceito de cláusula limitativa de direito com a cláusula abusiva (art. 51 do CDC), visto que, a cláusula ora guerreada tem natureza de cláusula limitativa, mas nem por isso deve ser considerada abusiva. Informa que a apelante não mais disponibiliza/comercializa planos individuais, estando focada única e exclusivamente no mercado coletivo. Requer o provimento do recurso.

O recurso foi preparado (fls. 135/136) e respondido (fls. 141/149), ocasião em que a parte autora requer a manutenção da sentença.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso não comporta provimento.

Depreende-se dos elementos dos autos que, ao contrário do que pretende fazer crer a apelante ré, o cerne da discussão não se limita à mera interpretação contratual que pretende aplicar para justificar a falta de elegibilidade da apelada na manutenção no plano de saúde, apenas por ausência de previsão desse direito na apólice objeto da ação.

Trata-se, *in casu*, de simples aplicação dos princípios da preservação dos contratos e da boa-fé, além da observância da função social do contrato, na medida em que o artigo 35, § 5º, da Lei nº 9.656/98, prevê expressamente a garantia de manutenção dos contratos originais aos dependentes já inscritos do titular, o que é justamente o caso dos autos.

Como se não bastasse, a sustentada restrição, com amparo em mera ausência de previsão contratual, contraria o disposto no artigo 30, § 3º da Lei nº 9.656/98, que dispõe:

“Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo

empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

(...)

§ 3.º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo”.

Por sua vez, dispõe o artigo 8º da Resolução Normativa 279/2011 da ANS:

“Art. 8º Em caso de morte do titular é assegurado o direito de manutenção aos seus dependentes cobertos pelo plano privado de assistência à saúde, nos termos do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998”.

Diante desse contexto, não há qualquer limitação ao direito da autora, previsto na lei de regência, que imponha o reconhecimento do seu direito na manutenção do contrato, para assumir a posição da titular falecida, senão a de que, verificada a qualidade anterior de dependente do titular da apólice contratada, adquire o direito de ser mantida no plano e nas mesmas condições da falecida titular, mediante o pagamento da integralidade dos preços praticados.

Nessa conformidade, irrelevante a ausência de previsão desse direito em seu regulamento, já que, toda norma voltada para restringir direitos deve fazê-lo por previsão expressa e, mesmo que assim fosse, manifestamente inadmissível que o regulamento próprio da apelante contivesse disposição mais restritiva do que prevê a própria lei de regência.

Não há como ser mais lógico, portanto, concluir que, falecida a titular, há amparo legal cristalino para permanência da apelada no mesmo plano e vinculada às mesmas condições contratadas, com a contraprestação assumida para pagamento integral da mensalidade, a prestigiar o equilíbrio econômico-financeiro contratual.

Nesse mesmo sentido:

“PLANO DE SAÚDE - Ação de obrigação de fazer - Tutela provisória deferida para ordenar que a ré mantenha o plano coletivo contratado, ante o falecimento do beneficiário titular - Cabimento - Direito à remissão dos beneficiários/dependentes assegurado, prima facie, pelo disposto no art. 30, §3º, da Lei 9.656/98 - Risco de grave dano igualmente evidenciado - Presença dos requisitos do artigo 300, CPC a justificar a manutenção da tutela concedida - Agravo desprovido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2139014-28.2024.8.26.0000; Relator (a): Galdino Toledo Júnior; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 10/10/2024; Data de Registro: 10/10/2024).

“APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. 1. Procedência do pedido inicial, para compelir as requeridas a manterem a parte autora como beneficiária do plano de saúde coletivo empresarial de adesão, em que figurava como dependente, bem como a devolverem o montante pago referente à quota parte do titular falecido, desde a data do seu respectivo óbito. 2. Irresignação das requeridas. Direito dos dependentes de plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão de sucederem o titular após seu falecimento. Interpretação extensiva do artigo 30, §3º, da Lei nº 9.656/98. Precedentes do C. STJ e deste E. TJSP. Vedação à estipulação de obrigações que coloquem o consumidor em posição de desvantagem ou sejam contrárias à boa-fé ou equidade. Inteligência do artigo 51, IV do CDC. 3. Irresignação da demandante restrita à fixação da verba honorária, por equidade, no valor de R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Acolhimento. Valor da causa e proveito econômico obtido com a propositura da demanda que não são irrisórios. Aplicação do Tema Repetitivo nº1.076 do E. STJ.

Honorários advocatícios fixados em 10% sobre o valor da condenação, atualizados a partir da data da sentença. 4. Recursos das requeridas desprovidos e apelo da autora provido. (TJSP; Apelação Cível 1028462-34.2023.8.26.0554; Relator (a): Daniela Cilento Morsello; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santo André - 8ª Vara Cível; Data do Julgamento: 09/10/2024; Data de Registro: 09/10/2024).

“TUTELA ANTECIPADA Pedido prejudicado ante o julgamento do recurso. SEGURO SAÚDE. Mensalidade. Cláusula previsiva de cancelamento do contrato por inadimplência por mais de sessenta dias. Exigência de prévia notificação para constituição em mora do aderente até o quinquagésimo dia de inadimplência (art. 13, parágrafo único, inciso II, da Lei 9.656/98), não comprovada, no caso. Hipótese em que, ademais, a operadora recebeu prestação dos meses em atraso, e das que se seguiram. Operadora que sequer demonstrou estar a autora inadimplente há mais de sessenta dias Inexistência de motivo para o cancelamento do contrato Manutenção do ajuste. Precedentes deste Tribunal. Sentença que determina o restabelecimento do plano de saúde contratado e condena a requerida a arcar com os gastos do tratamento para deficiência auditiva bilateral da autora, mantida. SEGURO SAÚDE DANO MORAL. Cancelamento do contrato quando inexistente razão de fato e de direito para tanto. Configuração Indenização devida. Quantum que deve ser arbitrado atendendo aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade. Recurso provido para concedê-la Sentença que nega a indenização, reformada. Apelo da ré não provido, provido o recurso da autora” (Apelação Cível nº 1005910-98.2018.8.26.0506, Rel. Des. João Carlos Saletti, j. 09/11/21).

No mais, não socorre a ré a alegação de que a autora suplantou a idade em que poderia constar como dependente da mãe.

Conforme consta em sentença (fls. 118): *“Isso porque não se trata aqui de manutenção da demandante como dependente, mas de sua assunção do contrato como titular, em razão de falecimento da genitora. Mas, ainda que assim não fosse, teria ela o direito à permanência. Tal se afirma porque, ainda que diante das previsões legais e contratuais acerca do limite de idade de permanência como dependente em plano de saúde, uma das aplicações do já mencionado princípio da boa-fé objetiva é o instituto da supressio, caracterizado pelo desaparecimento de um direito, ante a ausência de exercício durante lapso de tempo, gerando em outrem a expectativa de que não mais seria exercido. A despeito da maioridade, atingida, em 1994 (ou em 1997, se considerada a idade de 24 anos, prevista no §1º do artigo 35 da Lei nº9.656/98), o plano de saúde manteve a autora como dependente inicialmente de seu pai e, posteriormente, de sua mãe, por vários anos, recebendo, em contrapartida, as mensalidades correspondentes. Tal conduta gerou na demandante legítima expectativa de manutenção do contrato, em claro exemplo de aplicação do instituto da supressio.”*

Assim, é caso de reconhecimento da abusividade perpetrada pela ré, em decorrência do indevido cancelamento do plano de saúde da autora, razão pela qual, deve ser confirmada a r. sentença pelos seus próprios e bem deduzidos fundamentos.

ISTO POSTO, voto pelo IMPROVIMENTO do recurso, majorando-se os honorários advocatícios em favor da parte vencedora na fase recursal para 15% do valor atualizado da causa.

LUIS FERNANDO CIRILLO
RELATOR