



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000439819

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007077-74.2024.8.26.0625, da Comarca de Taubaté, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada ALESSANDRA DE ALMEIDA VIEIRA BARALDI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 6 de maio de 2025.

VITOR FREDERICO KÜMPEL

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Voto: 11068

Apelação nº: 1007077-74.2024.8.26.0625

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelado: Alessandra de Almeida Vieira Baraldi **Origem:** Taubaté

Juiz de origem: Dr(a). Rodrigo Valério Sbruzzi

DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE BENEFICIÁRIO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS. NEGADO PROVIMENTO.

I. Caso em Exame. Recurso de Apelação interposto por Sul América Companhia de Seguro Saúde contra sentença que julgou procedentes os pedidos para reintegrar o autor ao plano de saúde e reembolsar despesas médicas. A ré alega ausência de respaldo legal para permanência do autor como dependente e contesta o reembolso, afirmando que há rede credenciada disponível.

II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em (i) verificar a possibilidade de manutenção do autor como beneficiário do plano de saúde após atingir a idade limite e (ii) a obrigação de reembolso das despesas médicas realizadas fora da rede credenciada.

III. Razões de Decidir. 3. A relação entre as partes é regida pelo Código de Defesa do Consumidor, aplicável aos contratos de plano de saúde, conforme Súmula 608 do STJ. A manutenção do autor no plano é justificada pela expectativa criada pela operadora ao longo de 30 anos, conforme princípio da boa-fé objetiva e instituto da suppressio. 4. O reembolso das despesas médicas é devido, pois o tratamento prescrito não tem caráter meramente estético e é necessário para a saúde do autor, conforme entendimento do TJSP e legislação vigente.

IV. Dispositivo e Tese. 5. Recurso desprovido, mantendo-se a sentença que determina a reintegração do autor ao plano de saúde e o reembolso das despesas médicas. Tese de julgamento: 1. A expectativa de manutenção no plano de saúde após a idade limite é protegida pelo princípio da boa-fé objetiva. 2. O reembolso de despesas médicas é devido quando o tratamento é necessário e prescrito por médico assistente.

Vistos.

Cuida-se de recurso de apelação interposto por Sul América Companhia de Seguro Saúde em razão da sentença que julgou procedentes os pedidos iniciais para: “(...) (a) *restabelecer/reintegrar o polo ativo no plano médico então vigente, nas mesmas condições em que contratado e mediante o pagamento do valor mensal do prêmio correspondente (fls. 110 e 460); (b) reembolsar o polo ativo quanto aos valores pagos pelos tratamentos médicos relativos às varizes e ao lipedema, comprovados às fls. 321 e 400 (R\$8.455,00); fls. 396/397 (R\$16.299,35); fls. 391 e 394 (R\$2.600,00 e R\$23.799,00); fls. 392 (R\$4.000,00); fls. 393 (R\$1.000,00), com correção monetária (IPCA) desde o efetivo desembolso (Súmula n. 43 do STJ) e juros legais moratórios (Selic), na forma do parágrafo único do art. 389 e do §1º do art. 406 do Código Civil, com redação pela Lei n. 14905/2024 desde a citação (art. 240 do CPC; art. 405, CC). Consigno que o ressarcimento incontroversamente feito pela operadora (R\$6.840,22) deverá ser abatido do crédito a reembolsar; bem como deverão ser descontados dele os valores referentes aos materiais excluídos da cobertura obrigatória ("peça de mao Renuvion ABYX27TP" e "ponteira Morpheus Body" – fls. 329), nos termos da fundamentação acima.*”.

Insurge-se a ré (fls. 739/756), alegando, que não existe respaldo legal ou mesmo contratual para permanência de pessoa inelegível em apólice coletiva, posto que a autora possui mais de 24 anos, logo, não se enquadra nos critérios de elegibilidade para condição de dependente. Sustenta a ausência de qualquer ilegalidade na conduta do plano de saúde. Por fim, sustenta que não há que se falar em reembolso, visto que o plano possui rede credenciada disponível para o tratamento e que, se for o caso de manutenção, este deve ocorrer nos termos contratuais.

Pugna pela reforma da r. sentença, para que sejam julgados improcedentes os pedidos iniciais.

Sobrevieram contrarrazões às fls. 764/777.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

Relevante fazer menção à regular tramitação do feito em primeiro grau de jurisdição sob a presidência do(a) MM. Juiz(a) de Direito Dr(a). Rodrigo Valério Sbruzzi, cuja sentença deve ser mantida em sua íntegra.

De início, rejeita-se a preliminar arguida nas contrarrazões do recurso do autor.

As razões apresentadas pela recorrente se mostram compatíveis com a decisão proferida, e atendem aos termos do Artigo 1.010 do Código de Processo Civil, atendendo, desta forma, à dialeticidade. Segundo Cassio Scarpinella Bueno, Curso Sistematizado de Direito Processual Civil, volume V, Ed. Saraiva, p. 58: *“O recurso tem de combater a decisão jurisdicional naquilo que ela o prejudica, naquilo que ela lhe nega pedido ou posição de vantagem processual, demonstrando o seu desacerto, do ponto de vista procedimental (error in procedendo) ou do ponto de vista do próprio julgamento (error in judicando). Não atende ao princípio aqui examinado o recurso que se limita a afirmar a sua posição jurídica como a mais correta.”*

Nesta senda, verifica-se que as alegações do recurso da parte requerida não foram genéricas, impugnando de forma específica os fundamentos da sentença que entendem devam ser modificados.

Cumprе ressaltar que há de se considerar a relação travada pelas partes à luz do Código de Defesa do Consumidor.

A Lei Consumerista ingressou em nosso ordenamento jurídico tendo como finalidade a tutela das relações de consumo, dando proteção constitucional ao consumidor ante o fornecedor, segundo consta no artigo 5º, inciso XXXII, da Carta Magna. Desse modo, não se pode negar que a parte autora enquadra-se no caput do artigo 2º da Lei nº 8.078/90, como consumidor, porquanto contrataram a prestação de serviço na qualidade de destinatária final. A parte ré, por sua vez, constitui-se como fornecedora, em consonância ao artigo 3º, caput, do

referido diploma legal.

Outrossim, incontestemente a aplicabilidade das normas elencadas pela Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Importante salientar que a referida lei especial não afasta a incidência do Código de Defesa do Consumidor nas relações entre operadoras de planos de saúde e segurados, pois ambos os sistemas normativos seguem princípios similares, estabelecendo entre si a complementariedade, afastada portanto a antinomia.

Neste dado raciocínio, o art. 35-G da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2177-44, de 24 de agosto de 2001, estabelece a incidência e complementariedade do CDC (Lei nº 8.078/90, de hierarquia constitucional – art. 48 ADCT/CF) aos contratos de plano de saúde.

Destarte, consolidou-se na doutrina e jurisprudência hodierna que os contratos de planos de saúde constituem-se, evidentemente, como contratos de adesão. Nesse quadro, observados a vulnerabilidade e hipossuficiência do consumidor, as normas contratuais serão sempre interpretadas em seu favorecimento, observado o princípio da boa-fé objetiva.

E, em que pese a argumentação do recorrente, os elementos constantes nos autos autorizam concluir que sentença deve ser mantida.

Com efeito, há existência do direito, posto que a apelada é beneficiária do plano de saúde mantido pela ré em razão de contrato de adesão, há mais de 20 anos após o atingimento da idade limite.

Conforme bem apontando pelo MM. Magistrado sentenciante às fls. 719: *“Contudo, é de se consignar que a inclusão da demandante como dependente de seu genitor se deu em 10.12.1990 (fls. 460), quando ela contava com apenas 12 anos de idade, tendo sido excluída aos 46 anos, em maio/2024. Ademais, sempre adimpliram regularmente com as mensalidades.*

Assim, ainda que a demandada pudesse ter exercido o direito de exclusão de Alessandra quando esta completou a idade limite (21 e/ou 24 anos), não o fez, sendo mantida a relação contratual por mais de 30 anos, criando a

justa expectativa de manutenção do contrato por tempo indeterminado.

Nesse contexto, tem-se que o desligamento realizado esbarra na proibição do comportamento contraditório, uma vez que quebrou o vínculo de lealdade e confiança consolidado no tempo.”.

Não se pode olvidar que, a partir da atitude reiterada da operadora de plano de saúde ao longo de vários anos, nasceu, em razão do princípio da boa-fé objetiva, o direito do beneficiário de manter-se no plano de saúde, ainda que não pactuado originariamente. Ocorreu, em outras palavras, a incidência do instituto da *suppressio*, que de acordo com a lição de Judith Martins-Costa se caracteriza pela “*perda do direito subjetivo como consequência de uma inatividade do titular, quando essa inatividade, tendo perdurado por um período de tempo não determinado a priori, apresenta-se em face de circunstâncias idôneas a determinar, na contraparte, um investimento de confiança merecedor de proteção com base no princípio da boa-fé*” (A Boa-fé no Direito Privado”, Ed. Saraiva, 3ª ed., 2024, pp. 756-757).

Cumprido ressaltar que o que se discute aqui não é o cumprimento do dever de informar os beneficiários, mas sim a necessidade de se atentar aos princípios da dignidade da pessoa humana, da função social do contrato e da boa-fé contratual, sem olvidar dos direitos básicos dos consumidores previstos no artigo 6º do CDC, tratando da proteção à vida e saúde (inciso I), proteção contra cláusulas abusivas (inciso IV) e prestações desproporcionais ou excessivamente onerosas (inciso V).

A jurisprudência não diverge a respeito:

Ação cominatória – Plano de saúde –
Exclusão do autor, dependente do genitor no contrato,
por alegada perda de elegibilidade – Filho que, mesmo
depois de atingir a maioridade, permaneceu no plano
por muitos anos, sem nenhum questionamento pela
operadora – Manutenção do contrato – Razoabilidade –
Precedentes desta E. Corte – Sentença mantida –

recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1015059-84.2023.8.26.0008; Relator (a): Carlos Castilho Aguiar França; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional VIII - Tatuapé - 4ª Vara Cível; Data do Julgamento: 24/07/2024; Data de Registro: 24/07/2024)

OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA. Plano de saúde. Ré que comunicou a exclusão de dois dependentes do beneficiário titular sob alegação de já haviam completado 25 anos de idade, o que justificaria a exclusão automática do contrato, haja vista a extinção da qualidade de dependentes. Inadmissibilidade. Ré que demorou quase duas décadas para promover o cancelamento, recebendo, no período, o valor integral da contraprestação. Afronta ao princípio da boa-fé objetiva e demais princípios que norteiam as relações contratuais, previstos no Código de Defesa do Consumidor. Instituto da supressio. Precedentes desta E. Corte. Sentença de procedência mantida. majorando-se os honorários, ex vi do artigo 85, § 11, do Código de Processo Civil. Recurso não provido. (Apelação Cível 1020620-12.2020.8.26.0100; Relator Fábio Quadros; 4ª Câmara de Direito Privado; Julgamento: 18/08/2020)

“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);

“PLANO DE SAÚDE Supressio e Surrectio - Exclusão de dependentes por idade Plano Familiar Operadora que não exerceu a opção de exclusão quando os autores completaram 25 anos, mas após 15 e 20 anos desta idade, criando a justa expectativa de que não mais exerceria Permanência dos beneficiários no plano por mais de uma década tendo a ré recebido o pagamento das mensalidades Conduta contraditória - Exclusão que afronta ao art. 51, IV do CDC, pois fere a boa-fé objetiva - Dano moral caracterizado Valor da indenização bem fixado - Recurso desprovido.” (TJSP; Apelação Cível 1084263-41.2020.8.26.0100; Relator (a): Alcides Leopoldo; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/06/2021; Data de Registro: 18/06/2021);

“PLANO DE SAÚDE. Manutenção de dependente. Autores beneficiários de plano de saúde na condição de dependentes do genitor titular. Contrato que prevê a exclusão do dependente quando este atingir a maioridade civil. Requerida que manteve o contrato por quase 30 anos após termo originalmente previsto. Suppressio. Comportamento contraditório da operadora que, na medida em que deixou de realizar a denúncia no momento oportuno, sinaliza seu desinteresse de por fim ao contrato. Conduta prolongada e concludente da ré que gerou justa expectativa dos autores de que o benefício se manteria por prazo indeterminado. Inadmissibilidade de adoção de comportamento contrário à confiança criada junto aos segurados, sob pena de contrariedade à boa-fé objetiva, na função de controle. Ação procedente. Recurso improvido.” (Apelação Cível 1032798-90.2020.8.26.0100, Rel. Des. Francisco Loureiro, j. 08/02/2021).

“Seguro saúde. Contrato individual. Morte do titular. Exclusão de dependentes com mais de 24 anos. Inadmissibilidade. Indevida frustração de legítima expectativa gerada pela conduta da operadora. Beneficiários que foram mantidos na apólice por anos após perderem a condição de dependência. Restabelecimento do contrato determinado. Precedentes. Sentença mantida. Recurso desprovido.” (Apelação Cível 1002408-32.2022.8.26.0565, Rel. Des. Augusto Rezende, j. 31/01/2024).

Ademais, a apelada foi diagnosticada com “lipedema estágio II”, tendo sido recomendada “Lipoaspiração com técnica tumescente nas regiões acometidas”, conforme relatório médico de fl. 212 e seguintes.

Havendo prescrição do tratamento pelo médico para a evolução da saúde e do bem-estar da autora, o plano de saúde não pode interferir ou restringir os procedimentos adotados pelo profissional que a assiste.

Aliás, tem este sido o entendimento do C. Tribunal de Justiça Bandeirante:

PLANO DE SAÚDE. Recusa em autorizar o tratamento de lipedema grau 3. Sentença de procedência, que determinou o custeio do tratamento e condenou a ré ao pagamento de indenização por danos morais. Inconformismo da requerida. Autora que é portadora de lipedema grau 3. Procedimento cirúrgico prescrito que não tem natureza meramente estética. A ausência de previsão expressa do procedimento em rol publicado pela ANS não se presta a obstar exame ou tratamento médico, tampouco enseja negativa de fornecimento por parte do plano de saúde. Rol meramente exemplificativo. Evidências científicas de eficácia do tratamento já confirmada em literatura médica. Existência de indicação expressa e fundamentada do médico assistente sobre a necessidade do tratamento. Plano que não pode estabelecer o tipo de tratamento que o paciente deve ser submetido. Proteção da vida e da saúde do segurado. Precedentes jurisprudenciais. DANOS MORAIS. Descumprimento contratual que causa mero aborrecimento, insuscetível de provocar sofrimento suficiente a justificar condenação. Precedentes. Indenização afastada. RECURSOPARCIALMENTE PROVIDO. (Ap. nº 1061227-33.2021.8.26.0100, 6ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, 04/10/2022, Rel. ANA MARIA BALDY).

Ressalte-se ademais que, por força da Súmula 608 do

Superior Tribunal de Justiça, aplica-se à demanda o Código de Defesa do Consumidor, cujo artigo 51, inciso IV, do referido Código, prevê expressamente: “Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que: (...) IV estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.” Portanto, tendo as partes celebrado contrato com previsão de cobertura de despesas relativas à assistência médico-hospitalar, sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, não poderia a ré negar à autora cobertura dos custos do tratamento indicado pelo médico que a assiste.

Ademais, verifica-se que a abusividade, na espécie, consistiu exatamente em impedir que a parte autora tivesse acesso ao tratamento mais moderno disponível no momento, em razão de cláusula limitativa (STJ, REsp 668.216/SP, Rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, 3ª Turma, j. 15/03/2007).

Com efeito, o contrato entre as partes deve se ajustar aos avanços da medicina, cabendo ao profissional da área a indicação do tratamento adequado ao seu paciente, não sendo admitida interferência da seguradora para este fim, sob pena de violar o próprio objeto contratado, qual seja, a proteção da vida e da saúde do segurado.

Importante pontuar que, o tratamento em referência não tem caráter meramente estético, haja vista que o médico assistente esclareceu que a patologia causa o crescimento tumoral das células adiposas relacionado aos hormônios femininos (puberdade, anticoncepcional e gestação), com o gravame do caráter progressivo da doença, havendo comprometimento linfático, deformidade de pele, fragilidade dos vasos capilares, dor e surgimento de feridas, esclarecendo que o único tratamento de cura, é a remoção cirúrgica das células doentes através de lipoaspiração com técnica tumescente.

Nem se argumente que o procedimento não conste na lista de coberturas obrigatórias das Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, uma vez que se trata de rol meramente exemplificativo, não esgotando as possibilidades de tratamento disponibilizadas aos pacientes, sendo abusiva a negativa de cobertura

sob esse fundamento.

Aliás, este entendimento está em consonância com a Lei nº 14.454, de 21 de setembro de 2022, que alterou a Lei nº 9.656/98, estabelecendo critérios que permitem a cobertura de exames ou tratamentos de saúde que não estão incluídos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar editados pela ANS:

“Art. 10. (...)

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022)

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que: (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022) I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico; ou (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022) II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais. (Incluído dada pela Lei nº 14.454, de 2022).”

Destarte, considera-se abusiva a recusa da parte ré que deverá autorizar e reembolsar o tratamento integral sem qualquer limitação, arcando integralmente com o custeio, inclusive dos honorários médicos do profissional particular, isso porque não houve comprovação, durante o trâmite da demanda, de que os profissionais credenciados estavam aptos para o atendimento.

Nesse sentido tem sido o entendimento deste E. Tribunal de Justiça Bandeirante:

“SEGURO SAÚDE - Pedido de condenação da ré na obrigação de custear o tratamento cirúrgico necessário em virtude de quadro de lipedema - Ação procedente - Ré que se limita a alegar que não houve negativa, sem produzir prova contrária às alegações da autora - Não apresentada qualquer justificativa para a privação de cobertura - Correta, portanto, a imposição do dever da ré de custear todas as despesas decorrentes da cirurgia que se apresentou necessária - Procedência mantida.” - RECURSO NÃO PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1005766-10.2021.8.26.0704; Relator (a): Elcio Trujillo; Órgão Julgador: 10ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XV - Butantã - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 26/04/2022; Data de Registro: 26/04/2022)

“Obrigação de fazer. Decisão liminar determinando, no prazo de 48 horas, o custeio das despesas do procedimento cirúrgico denominado LIPEDEMA, sob pena de multa diária de R\$5.000,00 limitado a 30 dias. Pedido de reforma quanto ao prazo bem como do valor da multa diária. Finalidade de dar efetividade à decisão judicial. Valor adequado e dentro dos parâmetros usualmente adotados pela Turma Julgadora. Inexistência de óbice específico a impossibilitar o cumprimento da obrigação no prazo assinalado. Empresa de grande porte dotada de estrutura administrativa organizada a permitir a pronta adoção de providências. Não provimento. (TJSP; Agravo de Instrumento 2165204-96.2022.8.26.0000; Relator (a): Enio Zuliani; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 1ª Vara Cível;



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Data do Julgamento: 25/08/2022; Data de Registro: 25/08/2022)''

Destarte, a manutenção da relação contratual e reembolso das despesas é medida que se impõe, conforme bem decidiu o magistrado sentenciante.

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.

Postas tais premissas, por meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso de apelação, majorando-se os honorários advocatícios devidos pela operadora de saúde para 12% sobre do valor atualizado da condenação, nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015.

VITOR FREDERICO KÜMPEL
Relator(a)
Assinatura Eletrônica