



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000438092

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1105268-80.2024.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, são apelados RODRIGO DO AMARAL OHARA e LUCAS DO AMARAL OHARA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **estendido o julgamento, por maioria de votos negar provimento ao recurso, declarando voto o segundo juiz**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), GIFFONI FERREIRA, CORRÊA PATIÑO, JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 6 de maio de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1105268-80.2024.8.26.0100

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelados: Rodrigo do Amaral Ohara e Lucas do Amaral Ohara

Comarca: São Paulo - 1ª Vara Cível do Foro Regional de Pinheiros

Magistrado de origem: Cássio Pereira Brisola

Voto nº 12404

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES APÓS IDADE LIMITE. PLANO NÃO ADAPTADO À LEI 9.656/98. SUPRESSIO. **NÃO PROVIMENTO.**

I. CASO EM EXAME

1. Apelo interposto contra sentença que julgou procedente a ação para manter autores em plano de saúde da ré nas mesmas condições de cobertura assistencial, mediante pagamento das mensalidades. A operadora de saúde recorre, alegando possibilidade de exclusão de dependentes inelegíveis e inexistência de direito adquirido.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em determinar se a operadora de saúde pode cancelar o plano dos dependentes com base na prova de dependência econômica do titular, considerando a legislação aplicável, o tempo transcorrido e a expectativa de continuidade do contrato.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O contrato é regido pelas cláusulas contratuais firmadas e pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme o Tema 123 do STF e a Súmula 608 do STJ.

4. Eventual exclusão dos dependentes, após longos anos de inclusão e pagamentos regulares, gerou justa expectativa de continuidade da cobertura, caracterizando a figura da “supressio”, que impede comportamentos contraditórios que rompam uma relação de longa data e confiança mútua.

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: “1. A manutenção do contrato de saúde deve ser preservada em situações de longa vigência, mesmo após o dependente atingir a idade-limite prevista contratualmente. 2. A expectativa legítima dos beneficiários em relação à continuidade do contrato deve ser respeitada.”

Legislação citada:

Lei 9.656/98, art. 35, § 5º;
Código de Defesa do Consumidor, art. 51, IV;
CPC, art. 85, § 11.

Jurisprudência citada:

STF, Tema 123;
STJ, Súmula 608;
TJSP, Apelação Cível 1009164-02.2024.8.26.0011, Rel. Corrêa Patiño, 2ª Câmara de Direito Privado, j. 11/10/2024;
TJSP, Apelação Cível 1001955-44.2023.8.26.0228, Rel. José Joaquim dos Santos, 2ª Câmara de Direito Privado, j. 26/09/2024.

1. Trata-se de apelo interposto contra r. sentença (**fls. 264/267**), que assim dispôs:

“Posto isso, JULGO PROCEDENTE a ação, com resolução do mérito, para confirmar a tutela antecipada e determinar que a requerida mantenha no plano de saúde em que os autores figuram como dependentes desde o ato de contratação, extinguindo o feito nos termos do artigo 487, inciso I, do Código de Processo Civil. Em razão da sucumbência, condeno a parte requerida no pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em R\$ 5.716,05, nos termos do art. 85, § 8-A do CPC.”

A requerida apela (**fls. 270/279**), aduzindo, em síntese: (I) legítimo direito da operadora de saúde de excluir os dependentes inelegíveis; (II) necessidade de comprovação de dependência financeira; (III) inexistência de direito adquirido. Contrarrazões (**fls. 287/296**).

É o relatório.

2. O recurso não comporta provimento.

Inicialmente, há que se ressaltar que o contrato em análise (**fls. 23/36**), celebrado antes da vigência da Lei nº 9.656/98, é regido pelas cláusulas contratuais firmadas e pelo Código de Defesa do Consumidor, conforme o Tema 123¹ do STF e a Súmula 608² do STJ.

A incidência da legislação consumerista aos contratos de planos de saúde anteriores e não adaptados à Lei nº 9.656/98 foi expressamente admitida no julgamento do Recurso Extraordinário 948.634/RS, que aprovou o tema supra mencionado, extraindo-se do voto do Relator, Ministro Ricardo Lewandowski, a seguinte passagem:

“Devo assentar, desse modo, que os contratos de planos de saúde firmados antes do advento da Lei 9.656/1998 podem ser considerados atos jurídicos perfeitos, e, como regra geral, estão blindados às mudanças supervenientes das regras vinculantes, ressalvada, como antes afirmei, a necessidade de proteção a outros direitos fundamentais, ou mesmo a indivíduo em situação de vulnerabilidade, o que deverá nortear a interpretação destes ajustes privados de prestação de serviços de saúde. Aliás, no que tange a partes contratuais em situação de hipossuficiência, muito antes da Lei 9.656/1998 já estava em vigor o Código de Defesa do Consumidor - CDC (Lei 8.078/1990), justamente para trazer luz a relações jurídicas com natureza consumerista”.

Pois bem.

A apelante alega que a inclusão dos dependentes foi uma

¹ Aplicação de lei nova sobre plano de saúde aos contratos anteriormente firmados.

² Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.

faculdade oferecida aos segurados, seguindo as diretrizes da legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social. No entanto, a Lei nº 9.656/98 prevê em seu art. 35, § 5º da referida lei, *"a manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantida somente ao titular e a seus dependentes já inscritos, permitida inclusão apenas de novo cônjuge e filhos, e vedada a transferência da sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros"*.

O contrato, nos termos da Cláusula 11.2 (**fl. 32**), permite ao segurado incluir cônjuge, companheiro, filhos e outros dependentes conforme a legislação do imposto de renda e/ou previdência social. Na hipótese, a comunicação de exclusão dos dependentes, após longos anos de inclusão e pagamentos regulares, gerou justa expectativa de continuidade da cobertura, caracterizando a figura da *"supressio"*. Este instituto, ligado à boa-fé objetiva, impede a adoção de comportamentos contraditórios que rompam uma relação de longa data e confiança mútua.

Como ensina Ruy Rosado de Aguiar Júnior, quando ocorre a *"supressio"*, *"um direito não exercido durante determinado lapso de tempo não poderá mais sê-lo, por contrariar a boa-fé. O contrato de prestação duradoura que tiver permanecido sem cumprimento durante longo tempo, por falta de iniciativa do credor, não pode ser motivo de nenhuma exigência, se o devedor teve motivo para pensar extinta a obrigação e programou sua vida nessa perspectiva"* (Extinção dos Contratos por Incumprimento do Devedor, 2ª ed., Rio de Janeiro: AIDE, 2003, p. 65).

Foi o que ocorreu na hipótese, tendo em vista o longo tempo transcorrido entre a data em que os dependentes completaram o limite de idade (respectivamente, 14/08/2017 e 06/10/2015 – **fls. 19/20**), e aquela em que realizada a comunicação de eventual cancelamento do contrato (09/05/2024 – **fls. 41/43**), com fundamento na perda da condição de

beneficiários. Nesse interregno, a cobrança continuou sendo feita, e o serviço disponibilizado, criando nos autores a expectativa de que a coisa assim fosse permanecer, já que não foi observada a previsão contratual relativa à cessação do recebimento. Assim, não tendo havido a prévia exclusão dos beneficiários, por longo período, é ilegítima a negativa de remissão.

O entendimento dessa Câmara em casos envolvendo planos de saúde e a manutenção de dependentes é no sentido de preservar o direito de continuidade do contrato de saúde em situações em que a operadora manteve o contrato vigente, mesmo após o dependente atingir a idade-limite prevista contratualmente. Esse entendimento privilegia o direito à saúde e considera o vínculo contratual consolidado, impedindo a rescisão unilateral baseada apenas na idade do dependente, em consonância com o art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor e com a jurisprudência da própria Câmara. Nesse sentido:

“APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – DEPENDENTES – Manutenção de Dependente no Plano de Saúde contratado mediante pagamento da devida contraprestação – (...) Ré que manteve o contrato avençado vigente por longo período após os dependente completar a idade máxima prevista – Expectativa legítima dos beneficiários em relação à continuidade do contrato – Hipótese em que deve ser aplicada a suppressio (subespécie do venire contra factum proprium) ao caso concreto – Avença que considera os filhos do Titular como seus dependentes, sem haver qualquer ressalva em relação à comprovação de dependência econômica entre eles – Art. 51, IV, CDC – Ausência de prejuízo à Operadora – Continuidade do pagamento das contraprestação mensais pelos beneficiários, mantendo-se sem alteração a relação contratual já consolidada entre as partes – Precedentes desta Corte – SENTENÇA MANTIDA –

RECURSO NÃO PROVIDO.” (Apelação Cível 1009164-02.2024.8.26.0011; Relatora: Corrêa Patiño; 2ª Câmara de Direito Privado; j. 11/10/2024)

“APELAÇÃO CÍVEL. Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde (...) Pretensão da ré de rescisão de contrato em relação aos dependentes com mais de 24 anos de acordo com previsão contratual. Pleito de manutenção do contrato. Possibilidade. Direito à saúde que deve ser sublimado. Ré que manteve o contrato por longo período após completarem a idade prevista no contrato. Expectativa legítima dos beneficiários em relação à continuidade do contrato. Ausência de prejuízo à ré, diante da continuidade do recebimento das mensalidades pelos beneficiários. R. sentença mantida. Recurso improvido.” (Apelação Cível 1001955-44.2023.8.26.0228; Relator: José Joaquim dos Santos; 2ª Câmara de Direito Privado; j. 26/09/2024).

Por fim, 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 evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dá-se por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

3. Diante do exposto, **nega-se provimento ao recurso**, majorando-se a verba honorária fixada na sentença para R\$ 6.000,00 (art. 85, § 11, CPC).

Fernando Marcondes
Relator

Voto nº 51639/2025

Apelação Cível nº 1105268-80.2024.8.26.0100

Comarca: São Paulo

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelados: Rodrigo do Amaral Ohara e Lucas do Amaral Ohara

DECLARAÇÃO DE VOTO Nº 51639

Dissinto, com a vênia de estilo, da proposta formulada; eu parece-me que na espécie, as normas contratuais são claras, inviável a manutenção de quem de direito na contratação empós da idade limite, superada situação de dependência econômica, coisa por sinal que esta Relação mantém em 24 anos de idade.

De aí que não se vislumbra ilegalidade na exclusão de quem superara essa idade, e não mais sejam dependentes do Titular do Seguro, e em verdade não há respaldo contratual para a manutenção vitalícia de tais pessoas no Plano de Saúde.

Como já se disse em decisão proferida em outro feito símile, o que se lobra é que houve mera tolerância da Operadora, que não criou direitos; e se a parte não procurou nova contratação, há que responder por isso. Além disso, nem mesmo é aplicável aqui o direito decorrente da efetividade social, de acordo com o Princípio da Boa-Fé contratual, pelo Instituto conhecido por “SURRECTIO”, uma vez que a Operadora de Saúde há tempo vem se manifestando contrariamente aos pleitos do Requerente.

Ainda que incida sobre o contrato o Código de Defesa do Consumidor e a Lei dos Planos de Saúde, a cristalina cláusula de exclusão de dependentes redigida de forma a não deixar qualquer dúvida ao contratante, não se afigura abusiva ou violadora de dispositivo legal, sendo as disposições contratuais de pleno conhecimento do Autor.

De aí que nada mais será preciso dizer para que se veja da manifesta improcedência da pretensão, impedida continuidade vitalícia desses beneficiários no Plano, sob pena de criar verdadeira disposição contratual, ao arrepio do Princípio da Liberdade de Contratar.

Também não convence a alegada expectativa de continuidade: ocorreu aqui mera relação de gentileza – que, segundo o sumo CEZAR PELUSO, que honrou esta



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Câmara, “não é jurídica”.

Ante isso, apresento divergência, e por minha decisão fraquíssima, **DEFERIA PROVIMENTO** ao recurso, na integralidade, havida por improcedente a Ação, e invertendo-se a sucumbência.

L. B. Giffoni Ferreira



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	7	Acórdãos Eletrônicos	FERNANDO FLORIDO MARCONDES	2AA940E3
8	9	Declarações de Votos	LUIZ BEETHOVEN GIFFONI FERREIRA	2AAC8A49

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 1105268-80.2024.8.26.0100 e o código de confirmação da tabela acima.