



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000450625

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1007924-08.2024.8.26.0001, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelado MOISÉS MANUEL MENDES.

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 primeiro recurso protocolado pela ré e não conheceram do segundo. V. U.**, de conformidade com o voto da Relatora, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores DANIELA CILENTO MORSELLO (Presidente), WILSON LISBOA RIBEIRO E LUIS FERNANDO CIRILLO.

São Paulo, 8 de maio de 2025.

DANIELA CILENTO MORSELLO
Relatora
Assinatura Eletrônica

APELAÇÃO Nº 1007924-08.2024.8.26.0001

APELANTE: Sul América Companhia de Seguro Saúde

APELADO: Moisés Manuel Mendes

COMARCA: Capital – Foro Central

JUIZ: José Fabiano Camboim de Lima

VOTO Nº 17.117

**APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER
PLANO DE SAÚDE.**

1. Procedência do pedido inicial, para manutenção das filhas do autor como dependentes do seu plano de saúde. Irresignação da requerida.

2. Não conhecimento do segundo recurso de apelação interposto pela ré. Aplicação do princípio da unicidade recursal. Peticionamento por equívoco.

3. Alegada perda da condição de elegibilidade da dependente. Descabimento. Aplicação ao caso concreto da legislação consumerista. Inteligência da Súmula nº 608 do E. Superior Tribunal de Justiça e da Súmula nº 100 deste E. Tribunal de Justiça. Recorrente que manteve as dependentes no plano de saúde por mais de 10 (dez) anos após terem alcançado a invocada

idade limite. Expectativa de direito quanto à continuidade do contrato. Supressão configurada. Resolução contratual que viola a boa-fé objetiva. Precedentes.

4. Primeiro recurso protocolado pela ré desprovido, não conhecido o segundo.

Trata-se de recurso de apelação interposto em face da r. sentença (fls. 228/230), cujo relatório se adota, que, em ação de ação de obrigação de fazer, julgou procedente o pedido inicial para condenar a ré a manter as filhas do autor como dependentes do plano de saúde contratado por ele. Em face da sucumbência, a requerida foi condenada ao pagamento das custas, despesas processuais e honorários advocatícios fixados em 10% (dez por cento) do valor atualizado da causa.

Irresignada, sustenta a apelante, em suma (fls. 233/247), que possui o legítimo direito de excluir das apólices os dependentes inelegíveis, sobretudo porque sua inclusão é uma faculdade oferecida ao segurado, segundo as diretrizes impostas pela legislação atinente ao imposto de renda e à previdência social. Afirma que o contrato celebrado entre as partes possui cláusula específica acerca da possibilidade de cancelamento unilateral do plano de saúde a qualquer tempo. Observa que a inclusão de dependentes no plano de saúde é uma faculdade oferecida aos segurados, a seguindo as

diretrizes impostas pela legislação do Imposto de Renda e/ou previdência social. Aduz que a legislação prevê expressamente que se consideram dependentes apenas os filhos até 21 (vinte e um) anos, podendo o prazo ser estendido por 3 três anos se estiverem cursando nível superior ou escola técnica. Alega que as filhas do autor contam com 40 (quarenta) e 36 (trinta e seis) anos de idade, não tem qualquer tipo de deficiência mental ou intelectual, e não depende economicamente da titular do plano de saúde. Argumenta que concedeu o prazo de 90 (noventa) dias para que as beneficiárias comprovassem a relação econômica com a titular do plano ou para que solicitasse sua portabilidade para um novo produto, o que não foi providenciado. Assevera que não deve ser reconhecida a legítima expectativa da dependente de continuar no plano de seu genitor, tampouco houve ofensa à boa-fé. Sustenta que os atos de renúncia de direitos devem ser interpretados restritivamente, de modo que o fato de não ter excluído a dependente em momento anterior não significa que tenha renunciado ao cumprimento da cláusula contratual. Afirma que para o reconhecimento da *supressio* é necessária a demonstração de má-fé da parte no exercício do seu direito posteriormente, o que não ocorreu no caso em análise. Aduz que a *surrectio* também não pode ser reconhecida, pois ela só pode ser aplicada em casos excepcionais, quando a parte é idosa ou deficiente. Tece considerações acerca do conceito de “dependente” e afirma não ser possível que as autoras se beneficiem da própria torpeza, pois tinham o dever de comunicar o término da relação econômica de dependência. Forte nessas premissas, pugna pela integral reforma da r. sentença recorrida, para que o pedido inicial seja julgado improcedente.

Recurso tempestivo, preparado (fls. 263/264) e respondido (fls. 290/304).

A requerida interpôs segundo recurso de apelação (fls. 248/262), com conteúdo idêntico ao primeiro.

É o relatório.

Inicialmente, o segundo recurso interposto pela ré (fls. 248/262) não pode ser conhecido, porquanto, em face do princípio da unirrecorribilidade ou da singularidade recursal, para cada ato judicial recorrível há um único recurso previsto pelo ordenamento, sendo vedada a interposição simultânea ou cumulativa de outro visando a impugnação do mesmo ato judicial, conforme interpretação sistemática dos artigos 496 e 994 do Código de Processo Civil.

Ademais, o segundo recurso contém precisamente as mesmas alegações do primeiro, sendo evidente o peticionamento por equívoco.

No mais, cuida-se de ação de obrigação de fazer ajuizada por Moisés Manuel Mendes em face de Sul América Companhia de Seguro Saúde S/A., objetivando compelir a requerida a manter as suas filhas Juliana Alves Mendes e Vanessa Cristine Alves Mendes como dependentes do seu plano de saúde.

Segundo consta dos autos, a titular contratou o plano de saúde individual junto à ré em 1995 e incluiu suas filhas como

dependentes, quando elas contavam com 10 (dez) e 6 (seis) anos de idade, mantendo o regular pagamento de todas as mensalidades desde então.

Contudo, a operadora do plano de saúde condicionou a permanência dessas beneficiárias no plano à comprovação da sua dependência econômica com relação ao titular, conduta que o autor considera abusiva, por não haver previsão contratual do cancelamento do seguro por esse motivo.

Após a apresentação de contestação, a juíza de primeiro grau julgou procedente o pedido inicial, determinando a manutenção das dependentes na apólice de seguro existente, nos seguintes termos:

O pedido é procedente.

Sustenta a ré que se presume cessada a dependência aos 24 anos, todavia, as dependentes do autor, Juliana e Vanessa ostentavam, quando da comunicação de cancelamento, 35 e 38 anos, respectivamente.

Nota-se, portanto, que elas permaneceram no plano, pagando as respectivas mensalidades, sem oposição da ré, por onze e catorze anos, respectivamente, após terem atingido a idade apontada como limite.

Tal omissão da ré, sem dúvida, gerou ao autor legítima expectativa de manutenção do plano de saúde em favor de suas dependentes de forma

vitalícia.

Desse modo, a pretensão da operadora de rescindir o plano de saúde, afirmando que o dependente atingiu a idade limite, mais de uma década depois da idade apontada como limite, contribuindo com os pagamentos regularmente, afronta o princípio da boa-fé objetiva, a afastar a pretensão de cancelamento unilateral.

(...)

Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido para tornar definitiva a tutela de urgência de fls. 34/35, a fim de que sejam mantidas pela ré SUL AMERICA SERVICOS DE SAUDE S/A as beneficiárias Juliana Alves Mendes e Vanessa Cristine Alves Mendes no plano de saúde de MOISÉS MANUEL MENDES, na qualidade de dependentes.

E agiu com seu costumeiro acerto.

Como é cediço, aplica-se ao caso o Código de Defesa do Consumidor, consoante preceituam as Súmulas nº 100 deste E. Tribunal de Justiça e a nº 608 do C. Superior Tribunal de Justiça, conferindo-se aos beneficiários do plano de saúde ampla proteção contratual, não apenas por se tratar de parte hipossuficiente nos contratos firmados com as operadoras, mas também por gozar do direito fundamental à saúde.

No caso em testilha, não há controvérsia acerca da relação jurídica estabelecida entre os litigantes e da inclusão das

filhas do requerente como dependentes do plano de sua titularidade, de modo que a matéria em debate cinge-se à validade da exclusão das dependentes, nos moldes pretendidos pela operadora.

Nesse sentido, depreende-se da avença celebrada entre as partes que a cláusula 11.2 (fls. 23), ao dispor sobre a aceitação de segurados, dispõe que: *"é facultado ao segurado incluir neste seguro seus dependentes, pagando o prêmio correspondente a faixa etária dos mesmos"*.

A cláusula 2.d (fls. 21), por seu turno, prevê que *"DEPENDENTES – são exclusivamente os dependentes do segurado, de acordo com as normas da Previdência Social Oficial, efetivamente incluídos no seguro, nos termos destas condições gerais. A cessação da cobertura dos dependentes ocorrerá com a cessação do seguro do segurado ou com a perda pelos dependentes da condição de dependentes pela legislação da Previdência Social Oficial"*.

Contudo, ainda que se invoque a limitação etária para a manutenção do dependente no plano de saúde, nos termos da cláusula supratranscrita e das regras do INSS e da Lei nº 9.250/95, é certo que a apelante não providenciou a exclusão das filhas do autor quando elas completaram 21 (vinte e um) ou 24 (vinte e quatro) anos de idade.

Assim, considerando que elas já contavam com 34 (trinta e quatro) e 38 (trinta e oito) anos à época do envio da notificação de cancelamento (fls. 25/27), pode-se concluir que foi gerada uma legítima expectativa de manutenção do contrato, que

permaneceu vigente por mais de 10 (dez) anos após o aventado termo final.

Destarte, ante a prolongada omissão da demandada no exercício do seu suposto direito, agiu bem o juízo *a quo* ao reconhecer a ocorrência da *supressio*, a qual, ao contrário do alegado pela apelante, não depende da prova da má-fé de sua parte.

Conforme entendimento do C. Superior Tribunal de Justiça (Informativo nº 765/2023), "a *supressio* consubstancia-se na impossibilidade de se exercer um direito por parte de seu titular em razão de seu não exercício por certo período variável de tempo e que, em razão dessa omissão, gera da parte contrária uma expectativa legítima de que não seria mais exigível. Portanto, pelo não exercício do direito passível de ser exercido por um lapso temporal - não determinável a priori - a outra parte da relação obrigacional confia que a situação se estabilizou e que não será compelida a cumpri-la, revelando-se, pois, certo abrandamento do princípio *pacta sunt servanda*, não mais tomado no sentido absoluto típico de sua formulação liberal. Há, por conseguinte, um deslocamento do eixo meramente temporal e, em decorrência, subjetivamente indiferente, para a análise da omissão do credor distendida no tempo e do correlato efeito quanto à expectativa do devedor na preservação da estabilidade jurídica gerada por aquele comportamento" (REsp n. 1.717.144/SP, Relator Ministro Antonio Carlos Ferreira, Quarta Turma, j. 14.02.2023).

E nem se alegue que cabia ao autor informar que as dependentes completaram a idade que a operadora entendia como limite, pois o contrato não impõe a ele este ônus.

Aliás, é evidente que a recorrente tem pleno acesso aos dados pessoais de seus contratantes, inclusive, suas datas de nascimento, de modo que dispunha de mecanismos suficientes para monitorar referida informação e adotar as medidas que entendia cabíveis.

Frise-se, ainda, que o presente caso não trata da rescisão unilateral do contrato, prevista na cláusula nº 14, mas de exclusão apenas de duas das dependentes, com a manutenção da avença quanto aos demais beneficiários, o que não se admite ante as peculiaridades do caso em análise.

Em suma, as razões recursais não infirmaram os fundamentos da muito bem lançada sentença, que deve ser integralmente mantida.

Em casos análogos, já se pronunciou este E. Tribunal de Justiça:

APELAÇÃO CÍVEL – Plano de saúde empresarial – Cancelamento do plano de saúde em decorrência de terem os beneficiários dependentes do contrato firmado por seu genitor atingido a idade limite – Pretensão à manutenção do contrato - Sentença de procedência - Irresignação da ré - Pretensão de exclusão dos autores em razão da perda de elegibilidade como dependente - Não acolhimento Contrato que permite a manutenção dos benefícios sem limite de idade - Ausência de exigência

contratual de dependência econômico - Beneficiários que, ademais, vêm sendo mantidos há mais de 17 anos após completarem a maioridade, configurando-se a "supressio" - Boa-fé objetiva que obsta a resolução contratual, ante a legítima expectativa gerada - Sentença mantida - Recurso desprovido. (Apelação Cível nº 1008367-56.2024.8.26.0001; Relator Marcus Vinicius Rios Gonçalves; 6ª Câmara de Direito Privado; j. 27.08.2024);

APELAÇÃO. Plano de saúde. Insurgência contra r. sentença que determinou a manutenção das filhas maiores de idade no plano de saúde do genitor. Reforma impertinente. Contrato não adaptado. Irrelevância de tal fato, tendo em vista que a Lei de Plano de saúde indica que cabe ao contrato dispor, de forma clara, sobre as hipóteses de exclusão do segurado. Contrato, in casu, que não prevê expressamente a necessidade de comprovação da dependência econômica dos filhos. Hipótese de aplicação da condição de dependente previsto na legislação tributária e previdenciária apenas para o termo "outros", portanto, que não seja cônjuge, companheiro ou filho. Interpretação da norma que deve ser da forma mais favorável ao consumidor. Inteligência do art. 47 do CDC. Preliminar de ausência de impugnação específica, alegada em sede de contrarrazões. Afastada. Existência de irresignação aos fundamentos da sentença. Sentença mantida. Adoção do art. 252 do RITJ. RECURSO

DESPROVIDO. (Apelação Cível nº 1008844-86.2023.8.26.0010; Relator Jair de Souza; 10ª Câmara de Direito Privado; j. 1º.07.2024);

Apelação. Plano de saúde. Ação de obrigação de fazer. Manutenção de dependente maior de 24 anos como beneficiário de plano de saúde. Perda da condição de elegibilidade alegada pela ré. Hipótese em que, por longo tempo, a filha do titular do plano de saúde individual não foi excluída, 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 objetivo. Incidência do instituto da supressio. Expectativa legítima da beneficiária de manutenção do plano. Sentença mantida. Recurso não provido. (Apelação Cível nº 1020019-74.2023.8.26.0011; Relator Emerson Sumariva Júnior; 5ª Câmara de Direito Privado; j. 22.08.2024).

Com fulcro no artigo 85, § 11, do Estatuto Adjetivo Civil, majora-se a verba honorária devida pela recorrente para 12% (doze por cento) sobre o valor atualizado da causa.

Considera-se prequestionada toda matéria infraconstitucional e constitucional declarada, observando o sólido entendimento do E. Superior Tribunal de Justiça de que “é desnecessária a citação numérica dos dispositivos legais, bastando que

a questão posta tenha sido decidida” (EDcl no RMS nº 18.205/SP, Relator Ministro Felix Fischer, j. 18.04.2006).

Pelo exposto, **nega-se provimento ao primeiro recurso protocolado pela ré e não se conhece do segundo.**

DANIELA CILENTO MORSELLO

Relatora