



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

**Registro: 2022.0000755002**

**ACÓRDÃO**

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1008291-07.2021.8.26.0011, da Comarca de São Paulo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, são apelados SHIRLEI DE FATIMA FERNANDES SILVA e PEDRO PLINIO FERNANDES SILVA.

**ACORDAM**, em 7ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: "Negaram provimento ao recurso. V. U. Mantida a turma julgadora ampliada, com revisão do voto pelo Relator sorteado. Declara voto o 4º juiz.", de conformidade com o voto do Relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Exmos. Desembargadores MIGUEL BRANDI (Presidente), LUIZ ANTONIO COSTA, PASTORELO KFOURI E JOSÉ RUBENS QUEIROZ GOMES.

São Paulo, 14 de setembro de 2022.

**ADEMIR MODESTO DE SOUZA**  
**RELATOR**  
**Assinatura Eletrônica**



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1008291-07.2021.8.26.0011.

Apelante: **Sul América Companhia de Seguro Saúde.**

Apelados: **Shirlei de Fatima Fernandes Silva e Pedro Plinio Fernandes Silva.**

Comarca: São Paulo - 4ª Vara Cível - Foro Regional de Pinheiros.

Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado.

Relator: **ADEMIR MODESTO DE SOUZA.**

Magistrada: **Vanessa Bannitz Baccala da Rocha.**

Autos originais nº.: 1008291-07.2021.8.26.0011.

**V O T O N.º. 02368**

Apelação. Plano de saúde coletivo estipulado por entidade de classe. Pretensão de resolução parcial do contrato, com a exclusão da beneficiária titular e manutenção do beneficiário dependente, que necessita de tratamento de saúde constante. Alegação de que a resolução parcial do contrato é a única forma da manutenção da assistência à saúde do usuário-dependente, em razão do elevado custo da contraprestação, que torna impossível o pagamento da parte cabente à usuária titular. Contrato relacional, cativo e de longa duração, gerador de justa expectativa do consumidor de sua manutenção e perpetuação. Previsão contratual de resolução automática do negócio jurídico em relação ao dependente, por força de resolução em relação à titular do benefício, que implica violação à função social do contrato, à boa-fé objetiva e às normas de proteção ao consumidor, sendo manifesta sua abusividade. Deveres de colaboração, solidariedade e proteção inerentes à boa-fé objetiva que justificam a manutenção do contrato exclusivamente em relação ao usuário-dependente, visto que atende à sua justa expectativa de manutenção e perenização do usuário-dependente, notadamente em razão de suas graves enfermidades, que existe tratamento constante, inclusive em regime de home care. Aplicação analógica do disposto no art. 13, parágrafo único, III, da Lei nº 9.656/1998. Sentença mantida. Recurso improvido.

1. Trata-se de apelação interposta por **SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE** contra a r. sentença de fls.



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

219/224, cujo relatório se adota, que nos autos da ação de obrigação de fazer que lhe promovem **SHIRLEI DE FATIMA FERNANDES SILVA e PEDRO PLINIO FERNANDES SILVA**, julgou procedente a pretensão inicial, com capítulo dispositivo redigido nos seguintes termos:

Diante do exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido formulado nesta ação para o fim de: a) tornar definitiva a tutela provisória concedida (folhas 63/65); b) condenar a requerida a manter somente o autor Pedro como beneficiário e titular do plano de seguro saúde, nos moldes do contrato originalmente firmado por Shirlei e Pedro, nas mesmas condições de cobertura assistencial até então gozadas, com assunção, pelo autor Pedro, do pagamento da cota que lhe cabe do prêmio correspondente ao valor da última parcela paga antes da exclusão da titular Shirley, acrescido de eventuais aumentos estabelecido pela ANS e pelo contrato original, com as limitações legais. Arcará a requerida com as custas e despesas processuais, bem como com os honorários da parte contrária, fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, observando-se que foi acolhida a impugnação ao valor da causa.

Alega a recorrente que o cancelamento do contrato do titular do benefício acarreta, necessariamente, o cancelamento do contrato do dependente, aduzindo que o dependente não possui legitimidade para continuar no plano como titular, por se trata de plano de saúde coletivo derivado de relação com entidade classista, com a qual o dependente não possui liame jurídico, sustentando a necessidade de respeito à regra contratualmente prevista.

Apelação tempestiva, preparada (fls. 246/247) e com contrarrazões (fls. 256/267).

A d. Procuradoria-Geral de Justiça manifestou-se pelo desprovimento do recurso (fls. 280/282).

*Houve oposição ao julgamento virtual (fls. 275).*

### **É o relatório.**

2. O contrato de plano de saúde coletivo objeto da presente ação encerra uma estipulação em favor de terceiro, pois o negócio jurídico que vincula originalmente a apelante e a CAASP permite que os associados desta e seus dependentes, terceiros em relação às partes do contrato original, adiram às suas estipulações. Nesse sentido, ao abordar o regime jurídico da estipulação em favor de terceiro, cotejando o contrato de plano de saúde coletivo e o contrato de seguro de vida em grupo, lecionam CRISTIANO CHAVES DE FARIAS e NELSON ROSENVALD:

*Esse raciocínio bem se aplica ao plano de saúde coletivo.* Apesar de serem contratos distintos, as relações existentes entre as diferentes figuras são similares àquelas do seguro de vida em grupo. O vínculo jurídico formado entre a operadora e o grupo de usuários caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro, no qual o estipulante deve defender os interesses dos usuários, assumindo perante a prestadora de serviços de assistência à saúde, a responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais de seus representados (g.n).<sup>1</sup>

A adesão do terceiro ao contrato original lhe confere um direito próprio, exercitável tanto em face do estipulante (promissário) como do devedor da obrigação (promitente). Nesse sentido, esclarece NELSON ROSENVALD:

A estipulação em favor de terceiro forma-se quando o estipulante (ou promissário) estabelece com o promitente a concessão de uma vantagem patrimonial em favor de um estranho à relação jurídica que se forma, o qual se constitui em beneficiário. Observa-se nessa hipótese que o negócio jurídico é formado para beneficiar a situação jurídica patrimonial de um terceiro que não as partes

<sup>1</sup> Curso de Direito Civil – Parte Geral e LINDB - 19ª. ed. rev. e atual. – Salvador: Ed. JusPodivm, 2021, p. 545.

contratuais. Este adquire um direito próprio a essa vantagem, convertendo-se em credor do promitente.<sup>2</sup>

A propósito, já decidiu o Colendo Superior Tribunal de Justiça que o beneficiário do contrato de plano de saúde coletivo, conquanto terceiro frente ao negócio jurídico original, tem legitimidade para defender direitos que lhe são assegurados. Confira-se:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. CONDIÇÕES DA AÇÃO. TEORIA DA ASSERTÇÃO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. DESTINATÁRIO FINAL DO SERVIÇO. LEGITIMIDADE ATIVA. RESCISÃO UNILATERAL. INTERESSE JURIDICAMENTE PROTEGIDO.

1. Ação de obrigação de fazer da qual se extrai o recurso especial, interposto em 21/09/2016 e concluso ao gabinete em 16/05/2017. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal é definir se o beneficiário de plano de saúde coletivo por adesão possuiria legitimidade ativa para se insurgir contra rescisão contratual unilateral realizada pela operadora.

3. As condições da ação são averiguadas de acordo com a teoria da asserção, razão pela qual, para que se reconheça a legitimidade ativa, os argumentos aduzidos na inicial devem possibilitar a inferência, em um exame puramente abstrato, de que o autor pode ser o titular da relação jurídica exposta ao juízo.

4. **O contrato de plano de saúde coletivo estabelece o vínculo jurídico entre uma operadora de plano de saúde e uma pessoa jurídica, a qual atua em favor de uma classe (coletivo por adesão) ou em favor de seus respectivos empregados (coletivo empresarial). Esse contrato caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro, em que a pessoa jurídica figura como intermediária da relação estabelecida substancialmente entre o indivíduo integrante da classe/empresa e a operadora (art. 436, parágrafo único, do Código**

<sup>2</sup> Código Civil Comentado: doutrina e jurisprudência; Lei n. 10.406, de 10.01.2002/coordenador CEZAR PELUSO - 15ª ed. rev. e atual. - Barueri, SP: Manole, 2021, p. 473.

**Civil).**

5. O fato de o contrato ser coletivo não impossibilita que o beneficiário busque individualmente a tutela jurisdicional que lhe seja favorável, isto é, o restabelecimento do seu vínculo contratual com a operadora, que, em tese, foi rompido ilegalmente.

6. Recurso especial conhecido e provido (g.n.).<sup>3</sup>

A relação entre o beneficiário do plano de saúde coletivo e seus dependentes, todavia, não constitui um contrato acessório e tampouco uma nova relação contratual, dada a inexistência de direitos e obrigações entre eles: o vínculo jurídico que se estabelece com a adesão dos dependentes ao contrato é entre eles e a operadora de plano de saúde, de sorte que assumem a mesma posição contratual ocupada pelo beneficiário original da estipulação em favor de terceiro, vale dizer, da relação contratual entre operadora do plano de saúde e a estipulante do contrato.

A diferença entre a posição do titular do plano de saúde e dos dependentes reside no vínculo jurídico exigido para a adesão ao contrato original, pois para o titular de plano exige-se uma relação jurídica com a estipulante e para os dependentes exige-se um liame jurídico com o beneficiário titular, mas, satisfeito esse requisito de elegibilidade para adesão ao contrato original, tanto o titular como os dependentes passam ter relação jurídica autônoma com a operadora de plano de saúde, assumindo cada qual a posição de consumidores dos serviços por ela prestados.

Se a relação jurídica estabelecida entre os dependentes e a operadora de plano de saúde é autônoma e, mais do que isso, uma relação de consumo, a regras contratuais concernentes à extinção do respectivo vínculo contratual não pode ser dissociada das normas de proteção do consumidor e da função social do contrato.

---

<sup>3</sup> REsp. 1.705.311-SP, rel. Min. NANCY ANDRIGHI, julgado em 09.11.2017.

Com efeito, por estar inserido nas relações contratuais que se utilizam de métodos de contratação em massa para fornecimento de serviços no mercado, criando relações complexas e duradoras, o contrato de plano de saúde impõe aos usuários o que CLÁUDIA LIMA MARQUES denomina de catividade ou dependência, que gera para o consumidor a justa expectativa de conservação, perpetuação, confiança, proteção, cooperação e solidariedade, relações que, segundo a autora citada, têm as seguintes características:

Trata-se de serviços que prometem segurança e qualidade, serviços cuja prestação se protraí no tempo, de trato sucessivo, com uma fase de execução contratual longa e descontínua, de fazer e não fazer, de informar e não prejudicar, de prometer e cumprir, de manter sempre o vínculo contratual e o usuário cativo. São serviços contínuos e não mais imediatos, serviços complexos e geralmente prestados por fornecedores indiretos, fornecedores – 'terceirizados', aqueles que realmente realizam o 'objetivo' do contrato – daí a grande importância da noção de cadeia ou organização interna de fornecedores e sua solidariedade. O contrato é de longa duração, de execução sucessiva e protraída, trazendo em si expectativas outras que os contratos de execução imediata. Estes contratos baseiam-se mais na confiança, no convívio reiterado, na manutenção do potencial econômico e da qualidade dos serviços, pois trazem implícita a expectativa de mudança nas condições sociais, econômicas e legais da sociedade nestes vários anos de relação contratual. A satisfação da finalidade perseguida pelo consumidor (por exemplo, futura assistência médica para si e sua família) depende da continuação da relação jurídica fonte de obrigações. A capacidade de adaptação, de cooperação entre os contratantes, de continuação da relação contratual é aqui essencial, básica.<sup>4</sup>

Ademais, o contrato de plano de saúde se insere no que a doutrina moderna denomina “*contratos relacionais*”, que, em oposição

---

<sup>4</sup> Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais, 5ª. Edição, revista, atualizada e ampliada – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2005, p. 99-100.



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

aos contratos tradicionais, denominados “*contratos descontínuos*”, têm como características, dentre outras, a longa duração e a intensa colaboração e lealdade entre as partes. Nesse sentido, ancorado na lição de RONALDO PORTO MACEDO JR, o eminente magistrado JUAN BIAZEVIC aponta os elementos distintivos entre os referidos contratos:

Na lógica descontínua, cada negócio caracteriza uma entidade única, pois cada vínculo representa uma transação separada de quaisquer outras firmadas entre as partes. Cada ato contratual é considerado como um ato isolado, independente e autônomo, com seus próprios elementos essenciais constitutivos. São quatro as características básicas desses vínculos. Eles são: (a) impessoais; (b) presentificadores; (c) envolvem uma barganha entre partes instrumentalmente orientadas; e (d) requerem o mútuo consentimento. O contrato é (a) impessoal, porque define a transação em termos de simples troca de mercadoria. Nele não se confere nenhuma importância à qualidade das partes contratantes, bastando sua simples subsunção ao conceito geral de sujeito de direitos. O contrato é (b) presentificador, pois busca planejar no presente imediato os comportamentos futuros das partes, prevalecendo a ideia de que ele deve ser mantido dentro do contexto consagrado do *pacta sunt servanda*. A concepção de (c) barganha instrumental busca refletir a presunção de que as partes agiram, durante as negociações, de forma egoísta e individualista na busca da realização de seus próprios interesses econômicos, excluindo-se a premissa de que as partes atuavam de forma cooperativa ou solidária. Finalmente, (d) a ideia de mútuo consentimento recorda que a autonomia da vontade é a fonte criadora desses vínculos, caráter aberto.

Os contratos relacionais possuem uma lógica de operação distinta. Os vínculos criados tendem a gerar relacionamentos contínuos e duradouros, nos quais os termos de troca são cada vez mais abertos e as cláusulas substantivas são substituídas por cláusulas constitutivas ou de regulação de um processo de contínua renegociação. São diversas as características que afastam esse tipo de contrato da lógica tradicional dos contratos típicos das reconstruções liberalistas. Cinco são as principais: (a) os elementos constitutivos dos contratos se tornam mais flexíveis, pois questões como preço, quantidade, qualidade e entrega sofrem mutação constante; (b) essa mutabilidade torna impossível prever todas as contingências contratuais, colocando em xeque a



própria utilidade das cláusulas gerais nas quais as teorias contratuais se fiam para a solução desses imprevistos; (c) o contrato adquire uma dimensão processual, na forma de um jogo reflexionante que produz in fieri a medida de sua razoabilidade e justiça contratual; (d) os termos do contrato ficam sujeitos a readequações constantes durante a vigência, através da previsão de processos institucionais pelos quais os termos da troca e do ajuste serão especificados no curso do adimplemento; finalmente, (e) os contratos não mais se limitam a estabelecer trocas entre sujeitos de direito, mas a estabelecer complexos processos de cooperação, solidariedade e confiança

O dito acima permite criar uma dicotomia. De um lado, temos algumas práticas contratuais que devem ser consideradas descontínuas, tradicionalmente contratos relacionados aos modelos de produção manufatureiro e de massa. De outro, temos um conjunto de práticas contratuais que deve ser considerado relacional, normalmente relativo a modelos de produção que se protraem no tempo e que possuem como característica central a existência de algum tipo de atividade cooperativa. Isso permite criar um espectro tomando por base o comportamento dos contratantes. No primeiro dos extremos, temos os comportamentos altamente competitivos, que se relacionam com um modelo descontínuo. No outro, temos o máximo de cooperação, comportamentos que reclamam um modelo relacional. Isso permite criar dois tipos ideais. O tipo ideal do contrato descontínuo é aquele no qual a relação entre as partes se limita à troca: uma parte entrega um produto ou serviço especializado, enquanto a outra entrega normalmente o seu equivalente em dinheiro.<sup>9</sup> O tipo ideal do contrato relacional é aquele no qual as partes, tal como ocorre em um casamento, decidem estabelecer um projeto de relacionamento.

Elas acordam que cooperarão para o sucesso do empreendimento conjunto, mas não serão capazes de antever, desde o início, as contingências que enfrentarão. O consenso aqui não é capaz de definir os pormenores do contrato, mas apenas as bases sobre as quais o relacionamento se desenvolverá. A importância do espectro está em perceber que contratos reais poderão ocupar, dependendo de suas características e das expectativas sociais neles envolvidas, lugares distintos. É o que ocorre também com os planos de saúde, como se

verá na próxima subseção.<sup>5</sup>

Se o contrato de plano de saúde é um contrato relacional e se neste a função social assume especial relevo, notadamente em razão dos princípios da confiança, cooperação e solidariedade que norteiam a boa-fé objetiva, é manifestamente abusiva a cláusula contratual que prevê a extinção do contrato em relação ao dependente em caso de exclusão do beneficiário titular, já que essa previsão coloca o consumidor em desvantagem exagerada frente ao fornecedor, não só por ser incompatível com a boa-fé, como também porque está em desacordo com o sistema de proteção do consumidor (art. 51, IV, c.c. o seu § 1º, I, e XV, CDC), sobretudo porque a manutenção do dependente não causa qualquer prejuízo ao equilíbrio econômico financeiro do contrato, pois o valor da contraprestação do dependente continuará a ser por ele paga.

Ora, constatado pela titular do plano a impossibilidade de continuar pagando as contraprestações, em função da elevação superveniente de seu valor, tem a operadora e dever de colaborar com a manutenção do contrato em relação ao dependente, se este e a titular do benefício assim concordarem, já que a pretendida rescisão parcial do contrato permitirá a manutenção da justa expectativa do consumidor-dependente, notadamente para assegurar a continuidade do tratamento de sua saúde, cujo prejuízo será irremediável se tiver que contratar novo plano de saúde, não só porque dificilmente será acolhido por outra operadora, em função de suas doenças preexistentes, como também em razão da necessidade de cumprimento de carência.

O cumprimento dos deveres de colaboração e solidariedades inerentes a boa-fé objetiva que norteia a função social do

---

<sup>5</sup> Planos de saúde em tempos de pandemia: a necessidade de um marco regulatório. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/ObrasJuridicas/222-dc.pdf?d=637581604679873754>, acesso em 07.08.2022.

contrato, notadamente dos contratos relacionais, constitui imperativo de justiça, pois, de um lado assegura a manutenção da saúde do consumidor-dependente e, de outro, em nada prejudica a operadora do contrato, já será mantida a proporção entre a prestação do serviço e seu custeio, com a exclusão da titular e continuidade do pagamento da contraprestação devida pela manutenção do consumidor-dependente no plano. Nesse sentido, pondera CLÁUDIA LIMA MARQUES:

Os contratos de planos de assistência à saúde são contratos de cooperação, regulados pela Lei 9.656/98 e pelo Código de Defesa do Consumidor, onde a solidariedade deve estar presente não só como mutualidade (típica dos contratos de seguro, que já não mais são, ex vi a nova definição legal como “planos”), mas como cooperação com os consumidores, como a cooperação para a manutenção dos vínculos e do sistema suplementar de saúde, como possibilidade de acesso ao sistema e de contratar, como organização do sistema para a realização das expectativas legítimas do contratante mais fraco... Aqui esta presente o elemento moral, imposto ex vi lege pelo princípio da boa-fé, pois a solidariedade envolve a ideia de confiança e cooperação. Confiar é ter a “expectativa mútua de [em um contrato] nenhuma parte irá explorar a vulnerabilidade da outra”. Em outras palavras, o legislador consciente de que este tipo contratual é novo, dura no tempo, de que os consumidores todos são cativos e que de alguns consumidores, os idosos, são mais vulneráveis do que outros, impõe a solidariedade na doença e na idade e regula de forma especial as relações contratuais e as práticas comerciais dos fornecedores”.<sup>6</sup>

No mais, a necessidade de manutenção do contrato de plano de saúde, mesmo quando desaparecida a elegibilidade para permanência no contrato coletivo, é determinada pela própria lei em algumas situações, como no caso da perda do emprego e da aposentadoria do consumidor (arts. 30 e 31, da Lei nº. 9.646/98. Da mesma forma, assegura a referida lei a manutenção do dependente no plano de saúde coletivo em caso de falecimento do titular (art. 30, § 3º). Igualmente,

---

<sup>6</sup> Op. cit., p. 492-493.

em relação aos planos individuais e familiares, a Resolução Normativa nº 195 da ANS, em seu art. 3º., § 1º., dispõe que “*a extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes*”, impondo-se, destarte, a aplicação, por analogia, dos referidos dispositivos ao caso presente

Portanto, não há razão lógica nem jurídica que impeça a manutenção de PEDRO PLÍNIO FERNANDES DA SILVA no plano de saúde contratado por sua genitora SHIRLEI DE FÁTIMA FERNANDES SILVA, em consequência da resolução parcial do contrato em relação a ela, notadamente porque ele necessita de assistência médico-hospitalar constante e “*é dependente de ventilação mecânica, 24 horas, acoplado a BIPAP Trilogy, possui implante coclear, bem como necessita de home care, com fisioterapia motora e respiratória, três vezes por semana e fonoaudiologia, duas vezes por semana*”, consoante relatórios médicos que instruem a inicial, situação que, aliás, se amolda à previsão do art. 13, III, da Lei nº. 9.656/98.

Resta destacar que, no exame do Tema 1082 sob a sistemática de julgamentos de recursos repetitivos, o Colendo Superior Tribunal de Justiça assim deliberou:

A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> REsp. 1.842.751-RS e 1.846.123-SP, rel. Min. Luís Felipe Salomão, julgado em 22.06.2022.

Enfim, por se tratar de contrato relacional e cativo submetido às normas do Código de Defesa do Consumidor, não há impedimento à sua resolução parcial, de sorte a excluir a titular do benefício, com a consequente manutenção apenas do usuário-dependente, já que a contraprestação por ele devida continuará a ser paga, importando a manutenção do contrato em relação ao dependente homenagem ao princípio da função social do contrato e à boa fé objetiva que o norteia, cumprindo destacar que o Colendo Superior Tribunal de Justiça já decidiu que *“a revisão das cláusulas contratuais pelo Poder Judiciário é permitida, mormente diante dos princípios da boa-fé objetiva, da função social dos contratos e do dirigismo contratual, devendo ser mitigada a força exorbitante que se atribuía ao princípio do pacta sunt servanda”*.<sup>8</sup>

A propósito, em casos análogos, assim já decidiu este Egrégio Tribunal:

PLANO DE SAÚDE – Autor que foi contribuinte e beneficiário do plano de saúde contratado por sua ex-empregadora, até sua demissão, sendo-lhe garantida a manutenção do plano de saúde por prazo determinado, até 31/10/2017, fruto do enquadramento no disposto no art. 30 da Lei 9656/98 – Filho do autor, todavia, portador de Atrofia Muscular de Duchenne, pelo que é acamado, traqueostomizado e depende de atendimento no regime 'home care' para manter-se vivo - Função social do contrato e os princípios da boa-fé objetiva e da dignidade da pessoa humana que demandam a manutenção do plano de saúde durante todo o período necessário ao tratamento do filho do demandante, razão pela qual deve o indigitado art. 30 ser interpretado à luz da proteção prevista no art. 13, §ú, III da Lei 9.656/98 e dos princípios já referidos – Excepcionalidade e gravidade da situação que demandam especial proteção não apenas ao consumidor, mas a pessoa em manifesta situação de vulnerabilidade – Ausência de prejuízo da ré, na medida em que o segurado permanecerá arcando com os valores integrais de sua mensalidade, inclusive cota patronal, como já vinha fazendo – Sentença reformada, com julgamento de parcial procedência do pedido inicial,

---

<sup>8</sup> AgRg no Ag n. 1.383.974/SC, relator Ministro Luís Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 13/12/2011, DJe de 1/2/2012.

para determinar a manutenção do plano em relação ao dependente do autora, enquanto perdurar o tratamento por ele realizado – Sucumbência recíproca - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.<sup>9</sup>

APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer. Sentença de procedência, para determinar que a ré não cancele o plano de saúde do coautor Matheus, beneficiário dependente da titular autora, mesmo tendo ele completado 25 anos de idade em 2019, mantendo-o como beneficiário da titular no plano coletivo empresarial, sem carência, observada a contraprestação mensal, na forma do contrato firmado entre as partes. Inconformismo. Não acolhimento. Alteração das normas da apólice no que toca às condições de elegibilidade de dependentes/agregados. Imposição de desvantagem exagerada ao consumidor. Violação da função social do contrato e da boa-fé objetiva. Artigos 421 e 422 do Código Civil. Coautor que, não obstante não seja curatelado, é solteiro e vive sob às expensas e cuidados de sua genitora, notadamente por ser dependente químico de múltiplas substâncias, apresentando grave deterioração dos padrões cognitivos, comportamentais e emocionais, necessitando de tratamento ao longo de toda a sua vida, conforme se observa dos relatórios psiquiátricos juntados aos autos. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO.<sup>10</sup>

APELAÇÃO CÍVEL. Plano de Saúde. Ação de obrigação de fazer. Contrato coletivo empresarial. Rescisão. Pleito de manutenção do contrato. Possibilidade. Direito à saúde que deve ser sublimado. Coautor, dependente do contrato, em tratamento de grave moléstia. Aplicação por analogia do artigo 13, parágrafo único, inciso III da Lei 9656/98. Precedente jurisprudencial. R. sentença mantida. Recurso improvido.<sup>11</sup>

Preliminar. Apólice coletiva. Tese de ilegitimidade passiva ad causam. Desacolhimento. Operadora de saúde que se mostra como a única que reúne condições de titularizar a obrigação e de atender ao comando legal

<sup>9</sup> TJSP; Apelação Cível 1024876-27.2017.8.26.0577; Relator (a): Ângela Lopes; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José dos Campos - 3ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/08/2019; Data de Registro: 15/08/2019.

<sup>10</sup> TJSP; Apelação Cível 1027226-96.2019.8.26.0001; Relator (a): Clara Maria Araújo Xavier; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 28/04/2022; Data de Registro: 28/04/2022.

<sup>11</sup> TJSP; Apelação Cível 1019847-60.2020.8.26.0554; Relator (a): José Joaquim dos Santos; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santo André - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 16/11/2021; Data de Registro: 16/11/2021.

(art. 30 da Lei nº 9.656/98). Empresa estipulante que não mantém mais nenhum vínculo com o segurado. Precedentes. Plano de saúde. Contrato de assistência médica e/ou hospitalar. Aplicabilidade do CDC (Súmula 469 do C. STJ). Possibilidade de revisão de cláusulas contratuais que decorre do próprio sistema jurídico (arts. 478 e 480 do CC e art. 6º, V, do CDC). Relativização da 'pacta sunt servanda'. Rescisão unilateral de contrato de plano de saúde coletivo, em razão da extinção do vínculo empregatício do segurado-titular. Beneficiária-dependente acometida por moléstia grave (câncer mamário). Ausência dos requisitos previstos no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/98. Notificação prévia não comprovada. Abusividade manifesta. Cláusulas gerais da boa-fé e equilíbrio na relação de consumo que representam restrições à autonomia privada. Conduta da operadora de saúde que implica na concreta inutilidade do negócio protetivo. Evidenciado o desequilíbrio contratual no exercício abusivo do direito por força da desigualdade material de poder. Prestadora de serviços que confunde boa-fé com interesse próprio. Quebra do dever de lealdade e violação à boa-fé objetiva e à função social do contrato (arts. 421 e 422 do Cód. Civil). Precedentes. Sentença mantida. Recurso desprovido.<sup>12</sup>

Apelação cível. Plano de saúde coletivo por adesão. Morte do titular. Dependente pleiteia manutenção do contrato. Sentença procedência. 1.Preliminar. Reiteração de argumentos da contestação não é causa suficiente para inadmissão do recurso. Argumentos relacionam-se com os fundamentos da sentença. Preliminar rejeitada. 2.Preliminar. Legitimidade passiva. Administradora tem legitimidade passiva, visto que a tutela judicial pretendida envolve cobrança de mensalidades e movimentação cadastral. Administradora realiza comunicação com o usuário e cobrança de mensalidades. 3.Manutenção do plano de saúde. Questão deve ser resolvida sob a ótica da preservação do contrato, da sua função social e da boa-fé contratual. Continuidade é da própria essência da relação contratual de prestação de serviços de saúde. Rompimento é medida excepcional. Inteligência da súmula normativa n. 13, ANS. Aplicação analógica dos §3º, do art. 30 e §2º, art. 31, da Lei 9656/98. Diferenciação de disciplina implicaria em dar tratamento diferente para situações iguais, colocando em desvantagem o autor hipossuficiente. Direito da autora à manutenção do plano independe da condição de

<sup>12</sup> TJSP; Apelação Cível 0002942-63.2014.8.26.0115; Relator (a): Rômolo Russo; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro de Campo Limpo Paulista - 2ª Vara; Data do Julgamento: 27/04/2016; Data de Registro: 02/05/2016.



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

associado da pessoa jurídica estipulante. Apelações não providas.<sup>13</sup>

Por fim, à vista do disposto no art. 85, § 11, do CPC, majoram-se os honorários sucumbenciais devidos pela requerida aos patronos dos autores para 15% (quinze por cento) sobre o valor atualizado da causa, observado o acolhimento da impugnação ao valor da causa fixado na r. sentença.

**3. Ante o exposto, *nega-se provimento ao recurso.***

**ADEMIR MODESTO DE SOUZA**  
**Relator**

---

<sup>13</sup> TJSP; Apelação Cível 1077555-09.2019.8.26.0100; Relator (a): Edson Luiz de Queiróz; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 19ª Vara Cível; Data do Julgamento: 17/11/2020; Data de Registro: 20/11/2020.





## DECLARAÇÃO DE VOTO

Voto nº **0380**

Apelação **1008291-07.2021. 8.26.0011**

Relator(a): **Pastorelo Kfour**

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

Comarca: São Paulo - 4ª Vara Cível - Foro Regional de Pinheiros

Juiz(a): Vanessa Bannitz Baccala da Rocha

Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Apelados: Shirlei de Fatima Fernandes Silva e Pedro Plinio Fernandes Silva

## DECLARAÇÃO DE VOTO CONCORDANTE

Trata-se de apelação interposta por Sul América Companhia de Seguro Saúde contra a r. sentença de fls. 219/224, cujo relatório se adota, que nos autos da ação de obrigação de fazer que foi promovida por Shirlei de Fatima Fernandes Silva e Pedro Plinio Fernandes Silva, julgou procedente a pretensão inicial para o fim de: a) tornar definitiva a tutela provisória concedida (folhas 63/65); b) condenar a requerida a manter somente o autor Pedro como beneficiário e titular do plano de seguro saúde, nos moldes do contrato originalmente firmado por Shirlei e Pedro, nas mesmas condições de cobertura assistencial originais, com assunção, pelo autor Pedro, do pagamento da cota que lhe cabe do



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

prêmio correspondente ao valor da última parcela paga antes da exclusão da titular Shirley, acrescido de eventuais aumentos estabelecido pela ANS e pelo contrato original, com as limitações legais. Arcará a requerida com as custas e despesas processuais, bem como com os honorários da parte contrária, fixados em 10% sobre o valor atualizado da causa, observando-se que foi acolhida a impugnação ao valor da causa.

Alega a recorrente que o cancelamento do contrato do titular do benefício acarreta, necessariamente, o cancelamento do contrato do dependente, aduzindo que o dependente não tem legitimidade para continuar no plano como titular, por se tratar de plano de saúde coletivo derivado de relação com entidade classista, com a qual o dependente não possui liame jurídico, sustentando a necessidade de respeito à regra contratualmente prevista.

Apelação processada com resposta. A douta Procuradoria-Geral de Justiça manifestou-se pelo desprovimento do recurso (fls. 280/282).

Houve oposição ao julgamento virtual (fls. 275).

É o relatório.

Acompanho o voto proferido pelo Ilustre Relator Ademir Modesto de Souza, em seu bem elaborado voto nº 02368.

Adoto as razões expostas em seu voto:

*“O contrato de plano de saúde coletivo objeto da presente ação encerra uma estipulação em favor de terceiro, pois o negócio jurídico que*

*vincula originalmente a apelante e a CAASP permite que os associados desta e seus dependentes, terceiros em relação às partes do contrato original, adiram às suas estipulações. (...)*

*A adesão do terceiro ao contrato original lhe confere um direito próprio, exercitável tanto em face do estipulante (promissário) como do devedor da obrigação (promitente).*

*(...) A propósito, já decidiu o Colendo Superior Tribunal de Justiça que o beneficiário do contrato de plano de saúde coletivo, conquanto terceiro frente ao negócio jurídico original, tem legitimidade para defender direitos que lhe são assegurados (REsp. 1.705.311-SP, rel. Min. NANCY ANDRIGHI, julgado em 09.11.2017).*

*A relação entre o beneficiário do plano de saúde coletivo e seus dependentes, todavia, não constitui um contrato acessório e tampouco uma nova relação contratual, dada a inexistência de direitos e obrigações entre eles: o vínculo jurídico que se estabelece com a adesão dos dependentes ao contrato é entre eles e a operadora de plano de saúde, de sorte que assumem a mesma posição contratual ocupada pelo beneficiário original da estipulação em favor de terceiro, vale dizer, da relação contratual entre operadora do plano de saúde e a estipulante do contrato.*

*A diferença entre a posição do titular do plano de saúde e dos dependentes reside no vínculo jurídico exigido para a adesão ao contrato original, pois para o titular de plano exige-se uma relação jurídica com a estipulante e para os dependentes exige-se um liame jurídico com o beneficiário titular, mas, satisfeito esse requisito de elegibilidade*

*para adesão ao contrato original, tanto o titular como os dependentes passam ter relação jurídica autônoma com a operadora de plano de saúde, assumindo cada qual a posição de consumidores dos serviços por ela prestados.*

*Se a relação jurídica estabelecida entre os dependentes e a operadora de plano de saúde é autônoma e, mais do que isso, uma relação de consumo, a regras contratuais concernentes à extinção do respectivo vínculo contratual não pode ser dissociada das normas de proteção do consumidor e da função social do contrato.*

*Com efeito, por estar inserido nas relações contratuais que se utilizam de métodos de contratação em massa para fornecimento de serviços no mercado, criando relações complexas e duradoras, o contrato de plano de saúde impõe aos usuários o que CLÁUDIA LIMA MARQUES denomina de cativeiro ou dependência, que gera para o consumidor a justa expectativa de conservação, perpetuação, confiança, proteção, cooperação e solidariedade (...)*

*Ademais, o contrato de plano de saúde se insere no que a doutrina moderna denomina “contratos relacionais”, que, em oposição aos contratos tradicionais, denominados “contratos descontínuos”, têm como características, dentre outras, a longa duração e a intensa colaboração e lealdade entre as partes.*

*(...) Se o contrato de plano de saúde é um contrato relacional e se neste a função social assume especial relevo, notadamente em razão dos princípios da confiança, cooperação e solidariedade que norteiam a boa-fé objetiva, é manifestamente abusiva a*

*cláusula contratual que prevê a extinção do contrato em relação ao dependente em caso de exclusão do beneficiário titular, já que essa previsão coloca o consumidor em desvantagem exagerada frente ao fornecedor, não só por ser incompatível com a boa-fé, como também porque está em desacordo com o sistema de proteção do consumidor (art. 51, IV, c.c. o seu § 1º, I, e XV, CDC), sobretudo porque a manutenção do dependente não causa qualquer prejuízo ao equilíbrio econômico financeiro do contrato, pois o valor da contraprestação do dependente continuará a ser por ele paga.*

*Ora, constatado pela titular do plano a impossibilidade de continuar pagando as contraprestações, em função da elevação superveniente de seu valor, tem a operadora e dever de colaborar com a manutenção do contrato em relação ao dependente, se este e a titular do benefício assim concordarem, já que a pretendida rescisão parcial do contrato permitirá a manutenção da justa expectativa do consumidor-dependente, notadamente para assegurar a continuidade do tratamento de sua saúde, cujo prejuízo será irremediável se tiver que contratar novo plano de saúde, não só porque dificilmente será acolhido por outra operadora, em função de suas doenças preexistentes, como também em razão da necessidade de cumprimento de carência.*

*O cumprimento dos deveres de colaboração e solidariedades inerentes a boa-fé objetiva que norteia a função social do contrato, notadamente dos contratos relacionais, constitui imperativo de justiça, pois, de um lado assegura a manutenção da saúde do consumidor-dependente e, de outro, em nada prejudica a operadora do contrato, já será mantida a proporção entre a prestação do serviço e seu custeio, com a exclusão da*

*titular e continuidade do pagamento da contraprestação devida pela manutenção do consumidor-dependente no plano.*

*No mais, a necessidade de manutenção do contrato de plano de saúde, mesmo quando desaparecida a elegibilidade para permanência no contrato coletivo, é determinada pela própria lei em algumas situações, como no caso da perda do emprego e da aposentadoria do consumidor (arts. 30 e 31, da Lei nº. 9.646/98. Da mesma forma, assegura a referida lei a manutenção do dependente no plano de saúde coletivo em caso de falecimento do titular (art. 30, § 3º.). Igualmente, em relação aos planos individuais e familiares, a Resolução Normativa nº 195 da ANS, em seu art. 3º., § 1º., dispõe que “a extinção do vínculo do titular do plano familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes”, impondo-se, destarte, a aplicação, por analogia, dos referidos dispositivos ao caso presente.*

*Portanto, não há razão lógica nem jurídica que impeça a manutenção de PEDRO PLÍNIO FERNANDES DA SILVA no plano de saúde contratado por sua genitora SHIRLEI DE FÁTIMA FERNANDES SILVA, em consequência da resolução parcial do contrato em relação a ela, notadamente porque ele necessita de assistência médico-hospitalar constante e “é dependente de ventilação mecânica, 24 horas, acoplado a BIPAP Trilogy, possui implante coclear, bem como necessita de home care, com fisioterapia motora e respiratória, três vezes por semana e fonoaudiologia, duas vezes por semana”, consoante relatórios médicos que instruem a inicial, situação que, aliás, se*

*amolda à previsão do art. 13, III, da Lei nº. 9.656/98.*

*Resta destacar que, no exame do Tema 1082 sob a sistemática de julgamentos de recursos repetitivos, o Colendo Superior Tribunal de Justiça assim deliberou:*

*A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação (mensalidade) devida (REsps. 1.842.751-RS e 1.846.123-SP, rel. Min. Luís Felipe Salomão, julgado em 22.06.2022)*

*Enfim, por se tratar de contrato relacional e cativo submetido às normas do Código de Defesa do Consumidor, não há impedimento à sua resolução parcial, de sorte a excluir a titular do benefício, com a conseqüente manutenção apenas do usuário-dependente, já que a contraprestação por ele devida continuará a ser paga, importando a manutenção do contrato em relação ao dependente homenagem ao princípio da função social do contrato e à boa fé objetiva que o norteia, cumprindo destacar que o Colendo Superior Tribunal de Justiça já decidiu que “a revisão das cláusulas contratuais pelo Poder Judiciário é permitida, mormente diante dos princípios da boa-fé objetiva, da função social dos contratos e do dirigismo contratual, devendo ser mitigada a força exorbitante que se atribuía ao princípio do pacta sunt servanda”.( AgRg no Ag n. 1.383.974/SC, relator Ministro Luís Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em*





PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

13/12/2011, DJe de 1/2/2012”. (...)

O Colendo Superior Tribunal de Justiça decidiu que o contrato de plano de saúde é trato sucessivo, cativo e de longa duração, conforme segue:

*“Direito civil e processual civil. Estatuto do Idoso. Planos de Saúde. Reajuste de mensalidades em razão de mudança de faixa etária. Vedação. - O plano de assistência à saúde é contrato de trato sucessivo, por prazo indeterminado, a envolver transferência onerosa de riscos, que possam afetar futuramente a saúde do consumidor e seus dependentes, mediante a prestação de serviços de assistência médico-ambulatorial e hospitalar, diretamente ou por meio de rede credenciada, ou ainda pelo simples reembolso das despesas. - Como característica principal, sobressai o fato de envolver execução periódica ou continuada, por se tratar de contrato de fazer de longa duração, que se prolonga no tempo; os direitos e obrigações dele decorrentes são exercidos por tempo indeterminado e sucessivamente. - Ao firmar contrato de plano de saúde, o consumidor tem como objetivo primordial a garantia de que, no futuro, quando ele e sua família necessitarem, obterá a cobertura nos termos em contratada. (...) Recurso especial conhecido e provido”. (Resp nº 200702161715, TERCEIRA TURMA, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI, DJE 20/11/2008).*

Nos termos da Súmula 101 do TJSP: *“o beneficiário do plano de saúde tem legitimidade para acionar diretamente a operadora mesmo que a contratação tenha sido firmada por seu empregador ou associação de classe”.*



Há possibilidade de permanência do dependente ao contrato original (coletivo por adesão) celebrado entre a genitora e a CAASP, não se antevendo óbice a sua continuidade, situação essa que é análoga à do demitido sem justa causa (artigo 30, da Lei nº 9656/98), com o término do seu contrato, ou em caso de morte do titular, e a continuidade em relação ao dependente, que tem doença grave e necessita dos cuidados médicos, questão essa que foi decidida no tema 1082, que impede a rescisão do contrato em caso de internação do beneficiário, caso dos autos, em que o paciente necessita de tratamento contínuo para se manter vivo.

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo decidiu que em caso de morte do titular e término do prazo de remissão, pode o contrato persistir em relação apenas à dependente para a manutenção de sua saúde e vida, e em atenção do princípio da dignidade da pessoa humana, conforme segue:

**“AÇÃO COMINATÓRIA. PLANO DE SAÚDE. Exclusão de dependente de plano de saúde, após falecimento de titular. Sentença de procedência. Inconformismo de ambas as rés. Pretensão da autora de manutenção como beneficiária de contrato coletivo de assistência médica por adesão, após falecimento do titular. Possibilidade, aplicação analógica da súmula normativa nº 13/2010 da ANS. Rescisão unilateral do contrato que coloca a autora, com 78 anos de idade, em situação de desvantagem exagerada e afronta o artigo 30, §3º, da Lei 9656/98. Abusividade reconhecida. Sentença mantida. Recursos Não Providos”. (Apelação Cível nº 1002968-07.2021.8.26.0048, 6ª Câmara de Direito Privado, Relatora Ana Maria Baldy, julgado em 07/06/22. (grifo nosso)**



**“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C RESPONSABILIDADE CIVIL. REMISSÃO. POSSIBILIDADE DE CONTINUIDADE DO CONTRATO. PLANO COLETIVO POR ADESÃO. IRRELEVÂNCIA. SENTENÇA MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO. *Independentemente de o plano ser coletivo ou individual, a cláusula de remissão não impede a manutenção, pelos dependentes já inscritos, do contrato, com as mesmas condições e cláusulas vigentes, após o falecimento do beneficiário titular e o período de remissão, com a assunção das respectivas obrigações. Aplicação analógica da Súmula Normativa 13 da ANS. Precedentes. (Apelação Cível nº 1021066-49.2019.8.26.0003, 3ª Câmara de Direito Privado, Relatora Maria do Carmo Honório, julgado em 21/08/2020. (grifo nosso)***

A pretensão da parte autora é amparada no artigo 30, § 3º, da Lei nº 9.656/98, aplicado por analogia, que dispõe: *“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”*.

A própria ANS consagrou o entendimento de que não há extinção do contrato de plano de saúde do dependente pelo falecimento do titular.

É o que se depreende da Súmula Normativa nº 13, de 3 de novembro de 2010: *“O término da remissão não extingue o contrato de plano familiar, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes, para os contratos firmados a qualquer tempo”*.

A finalidade é a de que o beneficiário do plano não fique em situação de desamparo no momento em que não lhe é mais possível substituir o plano de saúde, e se submeter a novos prazos de carência.

E sob estes argumentos, entendemos que não há que se falar em natureza de contrato acessório em relação ao dependente, hipótese que

necessariamente demandaria uma pluralidade de contratos, mas sim na existência de um único contrato, com a inclusão de mais pessoas.

Não verificamos, na hipótese, quaisquer prejuízos à operadora do plano de saúde.

Ela cobra suas mensalidades com base na faixa etária do contratante, seja ele titular ou dependente, e o autor continuará arcando com o prêmio referente à sua faixa etária, em nada influenciado financeiramente a operadora. Prova disso é que um titular com um dependente paga, em relação à sua contribuição individual, o mesmo que um titular com três ou quatro dependentes, sendo acrescidas apenas as contribuições individuais de cada dependente, respeitando a respectiva faixa etária.

Se a titular vai deixar de colaborar com as mensalidades, por um lado, por outro ela também vai deixar de utilizar os serviços disponibilizados.

Além disso, rebate-se a alegação de que o fato de o menor não ser advogado seria um empecilho à sua continuidade no contrato, pois na verdade ele preencheu a condição para filiar-se ao plano, ainda que na qualidade de dependente, por ser filho de uma advogada, e nos parece razoável que a para a continuidade dele neste plano não se exijam demais condições.

A rescisão parcial do contrato com a saída do titular do plano de saúde da CAASP não implica o término do contrato com o dependente, que dele necessita para a manutenção da sua própria vida e saúde.

O acolhimento da pretensão da recorrente fere o princípio da preservação dos contratos, que autoriza a manutenção da relação jurídica, nas mesmas condições do contrato, com o pagamento da contraprestação.

E, voltando ao argumento anterior, é necessário convir que não há



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

sentido em se buscar a exclusão do beneficiário Pedro do plano de saúde em razão da retirada da titular Inês, com vida, se, em caso muito mais extremo (de sua morte), Pedro teria direito a permanecer incluído no plano.

O contrário equivaleria priorizar questões burocráticas e patrimoniais em detrimento de valores constitucionais de preservação da dignidade da pessoa humana, a vida e a saúde do beneficiário, que é sujeito de direitos, pessoa hipervulnerável e em desenvolvimento, e necessita dos cuidados médicos para se manter vivo e bem.

A título de exemplo, segue jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça que autorizou o *downgrade* em contrato de plano de saúde, mesmo para o caso de ausência de comercialização da categoria solicitada, o que demonstra que situações como a dos autos, que são *sui generis* e fogem da previsão ordinária, merecem tratamento inovador, do que esta Corte jamais se esquivou:

*“PLANO DE SAÚDE Obrigação de fazer Downgrade Aplicação do Código de Defesa do Consumidor Insurgência das requeridas quanto à procedência dos pedidos, que não comporta acolhida Ausência de comercialização da categoria solicitada que não justifica a negativa, pois se trata de migração de modalidade de plano de saúde com a mesma operadora e não de nova contratação Portabilidade de deve ocorrer sem o cumprimento dos novos prazos de carência Decisão mantida Preliminar afastada, recursos desprovidos”. (Apelação Cível nº 1110285-05.2021.8.26.0100, 5ª Câmara de Direito Privado, Relatora Fernanda Gomes Camacho, julgado em 28 de junho de 2022).*

Em decorrência do exposto, pelo meu voto concordante, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso, nos termos acima alinhavados, dando-se



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

ciência à douta Procuradoria-Geral de Justiça.

**PASTORELO KFOURI**

Relator



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	16	Acórdãos Eletrônicos	ADEMIR MODESTO DE SOUZA	1BDDAF37
17	29	Declarações de Votos	FERNANDO PASTORELO KFOURI	1C15CCF6

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 1008291-07.2021.8.26.0011 e o código de confirmação da tabela acima.