



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**SENTENÇA**

Processo Digital nº: **1090733-88.2020.8.26.0100**

Classe - Assunto **Procedimento Comum Cível - Reajuste contratual** Requerente:

\_\_\_\_\_ e outro

Requerido: \_\_\_\_\_ **Internacional LTDA**

Juiz(a) de Direito: Dr(a). **Vitor Frederico Kümpel**

**Vistos.**

Trata-se de AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE  
 FAZER C/C TUTELA DE URGÊNCIA ajuizada por \_\_\_\_\_ e

\_\_\_\_\_ em face de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ S.A. Na inicial (fls. 01/09), narraram que são irmãs e beneficiárias dependentes de um plano de saúde individual oferecido pela ré, cuja titularidade é de seu genitor. Afirmaram que cumprem rigorosamente todas as condições do contrato de adesão e utilizam o plano de saúde regularmente. Discorreram que recentemente a ré informou que as autoras seriam desligadas do plano de saúde, pois teriam alcançado a idade limite para permanecer na condição de beneficiárias dependentes. Alegaram que após o recebimento da informação a genitora das autoras entrou em contato com a ré para entender quais seriam suas opções, pois o contrato prevê que, " a Amil permitirá a inclusão do filho excluído, pelos motivos acima, em novo plano, até 30 dias após a causa da exclusão, garantindo-lhe os mesmos direitos convencionados na cláusula da Transferência de Plano". No entanto, nenhum plano foi disponibilizado às autoras, tendo a ré apenas informado que as autoras seriam desligadas transcorridos os 60 dias do comunicado. Sustentaram que é incontroversa a relação de consumo entre as partes, e que o contrato firmado entre as partes traz a disposição expressa de que após a exclusão por limite de idade, seria autorizada a inclusão do dependente em um novo plano, que



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

garantisse os mesmos direitos convencionados. Aduziram que a ré demorou mais que ano para realizar a auditoria interna que determinou a exclusão do plano das autoras, e deixou de cumprir com a sua própria promessa contratual, uma vez que não apresentou as autoras, qualquer outro plano com condições semelhantes. Apontaram que entendem que não podem permanecer para sempre na qualidade de dependentes, e que isto não está sendo questionado, o fato é que o contrato prevê que a ré deveria oferecer plano semelhante as autoras, e que a ré não cumprir com o contrato e limitar-se a tirar a cobertura médica gera as autoras um prejuízo imensurável. Afirmaram que a jurisprudência pátria é unânime, e não é legítimo à ré excluir as autoras de seu plano de saúde sem que lhe seja apresentada uma alternativa que preserve as mesmas condições de seu contrato atual. Alegaram que os requisitos para a concessão da tutela de urgência estão presentes, e requereu o deferimento, *inaudita altera pars*, do pedido de manutenção das autoras no plano de saúde atualmente oferecido pela ré, ou ainda, para que a ré disponibilize às autoras um novo plano com as mesmas condições de valor e cobertura, dentro do prazo de 3 dias, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00 (mil reais).

Requereram a concessão da tutela de urgência, e a procedência da presente ação, para que, confirmando-se a tutela de urgência, seja a ré compelida a manter as autoras no seu plano de saúde atual, ou ainda, as disponibilize plano semelhante, com as mesmas condições de valor e cobertura, sem qualquer tipo de carência. Por fim, pediram pela condenação da ré ao pagamento de todas as verbas decorrentes de sua sucumbência. Juntou documentos (fls. 16/62).

Às fls. 63/65, decisão que deferiu o pedido de tutela antecipada.

Devidamente citada, a Ré apresentou contestação (fls. 100/111). Preliminarmente, alegou que deu efetivo cumprimento a liminar deferida, tendo emitido boletos para a devida contraprestação do plano. Afirmou que o titular celebrou contrato com a ré por pura liberdade, sendo certo que o mesmo conhecia a cláusula que determinava a cessação da qualidade de dependente de seus filhos assim que atingissem a maioridade. Sustentou que não há abusividade na cláusula de



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 2**

exclusão a dependente, uma vez que restou legalmente estipulada entre as partes, possuindo, portanto, amparo legal e contratual. Aduziu que vencida a qualidade de dependente, e a exclusão, visa o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro do contrato de seguro saúde, prevendo custos inerentes após a referida idade e sua condição de dependente. Discorreu que eventual reconhecimento da capacidade das autoras de permanecer no plano como dependente, seria ir inegavelmente de encontro a norma constitucional, e afirmou que não há que se falar em inversão do ônus da prova. Requereu a total improcedência da demanda, visto que a exclusão das autoras possui previsão legal e contratual. Juntou documentos (fls. 112/188).

Réplica às fls. 202/206.

Instadas a especificarem provas (fl. 208), as partes requereram o pronto julgamento do feito.

É o relatório.

#### **FUNDAMENTO E DECIDO.**

O caso comporta julgamento antecipado da lide, nos termos do artigo 355, inciso I, do CPC. A questão versa sobre matéria de direito e de fato, sendo suficiente a prova documental já produzida.

Cediço que a finalidade da prova é formar a convicção do juiz, seu principal destinatário, quanto à existência dos fatos da causa. Nesse sentido a doutrina de Vicente Greco Filho, segundo a qual "no processo, a prova não tem um fim em si mesma ou um fim moral e filosófico; sua finalidade é prática, qual seja: convencer o juiz" (Direito Processual Civil Brasileiro, vol. 2, Saraiva, 16ª edição, p. 182).

*“AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO DE INSTRUMENTO. ALEGAÇÃO DE CERCEAMENTO DE DEFESA. INDEFERIMENTO. PROVA TESTEMUNHAL. 1. No sistema de persuasão racional adotado pelo Código de Processo Civil nos arts. 130 e 131, em regra, não cabe compelir o magistrado a autorizar a produção desta*



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 3**

*ou daquela prova, se por outros meios estiver convencido da verdade dos fatos, tendo em vista que o juiz é o destinatário final da prova, a quem cabe a análise da conveniência e necessidade da sua produção. Desse modo, não há incompatibilidade entre o art. 400 do CPC, que estabelece ser, via de regra, admissível a prova testemunhal, e o art. 131 do CPC, que garante ao juiz o poder de indeferir as diligências inúteis ou meramente protelatórias. 2. Agravo regimental desprovido.” (AgRg no Ag 987507/DF, 4a Turma, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 14/12/2010).*

É exatamente esse o caso dos autos, em que a questão de mérito envolve matéria de direito e de fato cujo deslinde não depende de outras provas, mostrando-se suficiente para o convencimento do juiz apenas o acervo documental reunido.

*Prima facie*, insta salientar a indubitável aplicabilidade das normas e princípios norteadores do Código de Defesa do Consumidor aos contratos e convênios médicos de planos de saúde. Isto porque as partes se enquadram no conceito de fornecedor e consumidor inaugurados pelos artigos 2º e 3º do referido diploma. 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 artigo 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 – artigo 48 ADCT/CF) aos contratos de plano de saúde.

Parte-se, aqui, de manifesta relação de consumo travada entre as partes, assumindo a Ré, porque prestadora de serviço, a posição



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 4**

de fornecedor e o Autor, destinatário final dela, a de consumidor. Isso, por consequência, faz militar em favor desse último todos os princípios norteadores do Código de Proteção ao Consumidor, protegendo-o, assim, de cláusulas contratuais abusivas impostas pelo fornecedor e que venham a acarretar o desequilíbrio contratual, notadamente aquelas que **“estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade”** (artigo 51, IV).

Destarte, tem-se por consolidado 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.

Pois bem. Discorrido sobre a incidência dos princípios norteadores do CDC, inclino-me à apreciação fática e de direito.

### **DO MÉRITO**

A ação é procedente.

Incontroversa a relação comercial entre as partes.

Tem-se que as Autoras eram beneficiárias dependentes de um plano de saúde individual oferecido pela ré, cuja titularidade é de seu genitor.

Observa-se que, a ré comunicou as autoras que seriam desligadas do plano de saúde, pois teriam alcançado a idade limite para permanecer na condição de beneficiárias dependentes, com base na cláusula 3.3.2, conforme o documento das fls. 58/61.

Imperioso observar que as autoras entendem



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 5**

que não podem permanecer para sempre na qualidade de dependentes, e que isto não está sendo questionado, o fato é que o contrato prevê que a ré deveria oferecer plano semelhante as autoras.

Às fls. 63/65, decisão que deferiu o pedido das autoras para que a ré fosse compelida a manter as autoras no seu plano de saúde atual, ou ainda, as disponibilize plano semelhante, com as mesmas condições de valor e cobertura, sem qualquer tipo de carência. A ré cumpriu com o pedido feito na liminar, porém, apresentou um plano com valores muito superiores aos valores que eram cobrados das autoras, conforme às fls. 150/156, no entanto a presente demanda não se presta a discutir divergência de valores, tendo em vista que não houve pedido inicial nesse sentido.

A ré afirmou que cumpriu com a decisão liminar, e que não está obrigada a manter as condições de dependentes das autoras, uma vez que vencida a qualidade de dependente, e a exclusão, visa o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro do contrato de seguro saúde, prevendo custos inerentes após a referida idade e sua condição de dependente. Ademais, a questão referente aos valores não pode ser discutida nos presentes autos.

Tem-se que o contrato estipulado entre as partes é claro na sua cláusula 3.3.4 (fl. 30), onde prevê:

*“A AMIL permitirá a inclusão do(a) filho(a), excluído(a) pelos motivos acima, em novo plano, até 30 (trinta) dias após a causa da exclusão, **garantindo-lhe os mesmos direitos convencionados na cláusula da Transferência de Plano.**”*

Destaca-se, ainda, que a Ré também interpôs agravo de instrumento contra a r. decisão, sendo que o recurso não foi provido (fls. 236/240).

Em que pese as alegações da ré em relação a decisão das fls. 63/65, nada há que se alterar quanto ao decidido, pois se trata de proteger a vida e saúde das autoras, tendo em vista os documentos juntados aos autos pelas mesmas



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

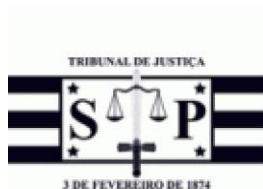
**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 6**

(fls. 16/62).

Diante disso, não assiste razão à Ré, visto que nenhum prejuízo será imposto a ré, pois a manutenção das autoras no plano de saúde será mediante pagamento das respectivas mensalidades.

No mesmo sentido, eis o entendimento deste E. Tribunal de Justiça: ***“PLANO DE SAÚDE. COMINATÓRIA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C DANOS MORAIS. REESTABELECIMENTO DE PLANO DE BENEFICIÁRIOS EXCLUÍDOS. Exclusão sob justificativa de que eram beneficiários dependentes e com fundamento na idade. Beneficiários da categoria de agregados, cujo direito de permanecer no plano foi assegurado mesmo na reformulação do plano em 2016. Reestabelecimento devido. Danos morais configurados. Quantum indenizatório adequado. Recurso não provido.*** (TJSP; Apelação Cível 1006262-76.2019.8.26.0100; Relator (a): Mary Grün; Órgão Julgador: 7ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível 26ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/02/2020; Data de Registro: 19/02/2020)”; ***“Apelação Cível. Ação de obrigação de fazer procedência do pedido. Inconformismo por parte da ré. Não acolhimento. Pretensão de manutenção no seguro coletivo, nas mesmas condições à época da vigência da relação de trabalho, conforme o artigo 31 da Lei nº 9.656/98. Preenchidos os requisitos legais, tem o autor direito adquirido a ser mantido no plano de saúde por prazo indeterminado assinalado na lei, para si e seus dependentes, nas mesmas condições vigentes ao tempo em que era empregado, desde que assuma a prestação integral, a ser apurada em liquidação. Irrelevante que tenha o autor, após a aposentadoria, continuado a prestar serviços à empregadora e de ter sido por ela demitido sem justa causa – inteligência da Súmula nº 104 deste Egrégio Tribunal de Justiça. Sentença mantida. Recurso de apelação não provido.*** (TJSP; Apelação Cível 1075353-59.2019.8.26.0100; Relator (a): Piva Rodrigues; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 14ª Vara Cível; Data do Julgamento: 05/08/2020; Data de Registro: 05/08/2020)”.

Diante desse quadro, a procedência da demanda é de rigor.



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**COMARCA DE SÃO PAULO**  
**FORO CENTRAL CÍVEL**  
**27ª VARA CÍVEL**  
**PRAÇA JOÃO MENDES S/Nº, São Paulo - SP - CEP 01501-900**  
**Horário de Atendimento ao Público: das 12h30min às 19h00min**

**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 7**

Ante o exposto, **JULGO PROCEDENTE** a  
**AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C TUTELA ANTECIPADA** que \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ moveram em face de \_\_\_\_\_ **S.A.**, para confirmar a liminar concedida  
 às fls. 63/65, e confirmar que a liminar foi cumprida pela ré conforme às fls. 150/156.

Em razão da sucumbência, arcará a Ré com as  
 custas judiciais e despesas processuais, bem como com os honorários advocatícios que, nos  
 termos do artigo 85, § 2º do Código de Processo Civil, arbitro em 20% (vinte por cento) do  
 valor atualizado da causa.

Resolvo o mérito deste feito nos termos do  
 artigo 487, I do Código de Processo Civil.

P.R.I.C.

São Paulo, 30 de junho de 2021.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/2006,  
 CONFORME IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**

**1090733-88.2020.8.26.0100 - lauda 8**