



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.622.264 - SP (2016/0222366-6)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
AGRAVANTE : BRADESCO SAÚDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825
AGRAVADO : NEWTON JOSE MONTEIRO
ADVOGADO : MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO - SP230110

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. EMPREGADO APOSENTADO. ILEGITIMIDADE DO EMPREGADOR.

1. A jurisprudência desta Corte é no sentido de que a empresa estipulante, em princípio, não possui legitimidade para figurar no polo passivo de demanda proposta por ex-empregado que busca, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, a permanência de determinadas condições contratuais em plano de saúde coletivo após a ocorrência da aposentadoria ou da demissão sem justa causa, visto que atua apenas como interveniente, na condição de mandatária do grupo de usuários e não da operadora.

2. Agravo interno não provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, negar provimento ao agravo, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro e Nancy Andrighi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

Brasília (DF), 21 de fevereiro de 2017(Data do Julgamento)

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.622.264 - SP (2016/0222366-6)

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator): Trata-se de agravo interno interposto por BRADESCO SAÚDE S.A. contra decisão (fls. 285/289 e-STJ) que negou provimento ao recurso especial.

Em suas razões (fls. 292/298 e-STJ), a agravante sustenta, em síntese, que:

"(...) é fato incontroverso que o aumento da mensalidade da apólice do ora agravado decorreu única e tão somente de alteração da forma de custeio determinada exclusivamente pela Eletropaulo, cabendo à seguradora apenas acatar tal determinação, de modo que, ao concluir que, a BRADESCO SAÚDE é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda, a r. decisão agravada manteve a violação direta do art. 267, VI, do Código de Processo Civil de 1973" (fl. 296 e-STJ).

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.622.264 - SP (2016/0222366-6)

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA (Relator):

A irresignação não merece prosperar.

Os argumentos expendidos nas razões do agravo interno são insuficientes para autorizar a reforma da decisão agravada.

No tocante à legitimidade passiva da empresa estipulante, cumpre, de início, fazer algumas considerações.

O plano de saúde pode se dar em 3 (três) modalidades distintas de regime: (i) individual ou familiar, (ii) coletivo empresarial e (iii) coletivo por adesão.

O plano de saúde individual é aquele em que a pessoa física contrata diretamente com a operadora ou por intermédio de um corretor autorizado. O plano de saúde coletivo, por sua vez, é aquele contratado por uma empresa, conselho, sindicato ou associação, geralmente na condição de estipulante, junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas às mencionadas entidades bem como a seus dependentes.

Como visto, há dois tipos de contratação de planos de saúde coletivos: o coletivo empresarial, o qual garante a assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante em razão do vínculo empregatício ou estatutário, e o coletivo por adesão, contratado por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

Já a legitimidade *ad causam* depende do vínculo existente entre os sujeitos da ação (relação jurídica substancial) e deles com a causa (objeto litigioso), de modo que no polo passivo devem figurar, em regra, aqueles cujo patrimônio pode ser afetado com a procedência da demanda, ou seja, aqueles que suportarão os efeitos da condenação.

Nesse sentido, confira-se a seguinte lição de Cândido Rangel Dinamarco:

"(...)

Legitimidade ad causam é qualidade para estar em juízo, como demandante ou demandado, em relação a determinado conflito trazido ao exame do juiz. Ela depende sempre de uma necessária relação entre o sujeito e a causa e traduz-se na relevância que o resultado desta virá a ter sobre sua esfera de direitos, seja para favorecê-la ou para restringi-la. Sempre que a procedência de uma demanda seja apta a melhorar o patrimônio ou a vida do autor, ele será parte legítima; sempre que ela for apta a atuar sobre a vida ou patrimônio do réu, também esse será parte legítima".



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

(DINAMARCO, Cândido Rangel. Instituições de Direito Processual Civil, vol. II, 6ª ed., São Paulo: Malheiros, 2009, pág. 313 - grifou-se)

Dessa forma, para se aferir a legitimidade passiva *ad causam* da ex-empregadora, na qualidade de estipulante, em ação de ex-empregado que busca a manutenção das mesmas condições de cobertura e de mensalidade de plano de saúde coletivo de quando estava na ativa, revela-se necessário verificar a natureza jurídica das relações estabelecidas entre os diversos atores nesse contrato: usuários, estipulante e operadora de plano de saúde.

Para tanto, faz-se necessário buscar amparo nos institutos do seguro de vida coletivo (art. 801 do Código Civil). Com efeito, apesar de serem contratos distintos, as relações existentes entre as diferentes figuras do plano de saúde coletivo são similares às havidas entre as personagens do seguro de vida em grupo.

Sobre o tema, Pedro Alvim assim assinala:

"(...)

(...) O seguro de vida coletivo apresenta nuances diferentes que lhe dão uma feição própria. De formação mais recente que outros ramos, esse seguro tem muitos aspectos ainda discutidos pela doutrina, na busca de uma configuração jurídica adequada, não só de natureza do próprio contrato, como, principalmente, da pessoa do estipulante.

46.3. Convém examinar as seguintes relações que se estabelecem no contrato: entre o segurador e o grupo de segurados; entre o segurador e o estipulante; finalmente, entre o estipulante e o grupo de segurados. Estas relações não são da mesma natureza jurídica. Sua harmonização em benefício dos interesses que se ligam no contrato tem sido objeto de estudos, mas, na prática, já estão assumindo feições definitivas de resguardo dos interesses do segurador.

A vinculação entre o segurador e o grupo segurado é da mesma natureza do seguro de vida individual. Trata-se de uma estipulação a favor de terceiro. O segurador garante o pagamento do seguro aos beneficiários dos segurados que formam o grupo.

46.4. Atentando-se para as relações entre o segurador e o estipulante, o contrato entre eles estabelecido não é uma estipulação a favor de terceiro e, sim, um contrato por conta de terceiro. (...).

O estipulante é a principal figura do contrato. Assume perante o segurador a responsabilidade pelo pagamento do prêmio e pelo cumprimento das cláusulas contratuais. (...).

46.5. Resta verificar a ligação entre o estipulante e o grupo segurado. Ele é apenas um intermediário (...).

46.6. O estipulante se vincula ao grupo segurado por um contrato qualquer, estranho ao contrato de seguro. Não representa o segurador perante esse grupo".

(ALVIM, Pedro. O Seguro e o Novo Código Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2007, págs. 200-201 - grifou-se)



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Depreende-se, assim, que o vínculo jurídico formado entre a operadora e o grupo de usuários caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro (art. 436 do CC). Por seu turno, a relação havida entre a operadora e o estipulante é similar a um contrato por conta de terceiro. Por fim, para os usuários, o estipulante é um intermediário, um mandatário e não um preposto da operadora de plano de saúde.

Nesse contexto, o estipulante é apenas a pessoa jurídica que disponibiliza o plano de saúde em proveito do grupo que a ela se vincula, mas não representa a própria operadora. Ao contrário, o estipulante deve defender os interesses dos usuários, pois assume, perante a prestadora de serviços de assistência à saúde, a responsabilidade pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais de seus representados.

Sobre a figura do estipulante nos contratos de seguro de vida em grupo, cabe conferir, mais uma vez, os ensinamentos de Pedro Alvim:

"(...)

(...) Nesses seguros, além do segurador que assume a responsabilidade dos riscos previstos no contrato, aparecem os seguintes interessados: o estipulante, que é a pessoa física ou jurídica que se responsabiliza perante o segurador pelo pagamento do prêmio e o cumprimento das cláusulas contratuais; os segurados que são as pessoas sujeitas ao risco e a favor de quem se faz a cobertura do seguro; finalmente, os beneficiários que são as pessoas indicadas pelos segurados para receber o pagamento do seguro, no caso de morte. (...)

(...)

(...) o legislador aprovou o art. 801 [do Código Civil]. O seguro de pessoas pode ser estipulado em proveito de grupo que, de qualquer modo, se vincule ao estipulante, que não representa o segurador perante o grupo segurado. É ele o único responsável, para com o segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais. A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados, que representem três quartos do grupo.

(...)

(...) Ficou explícito no § 1º do dispositivo legal em exame que o estipulante não é mandatário do segurador. Esclarece a justificação do professor Comparato que não representa também o segurado. É o único responsável, para com o segurador, do cumprimento de todas as obrigações contratuais. Exerce um papel independente das demais partes que figuram no contrato, onde assume todas as obrigações contratuais perante o segurador, sobretudo o pagamento do prêmio recolhido dos segurados".

(ALVIM, Pedro. O Seguro e o Novo Código Civil. Rio de Janeiro: Forense, 2007, pág. 199 e 202 - grifou-se)

Enfim, a empresa estipulante, em princípio, não possui legitimidade para figurar no polo passivo de demanda proposta por ex-empregado que busca, nos termos dos arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998, a permanência de determinadas condições contratuais em plano de saúde coletivo após a ocorrência da aposentadoria ou da demissão sem justa causa, visto que atua apenas como interveniente, na



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

condição de mandatária do grupo de usuários e não da operadora. Esse é o entendimento que deve ser aplicado na hipótese dos autos.

A propósito, os seguintes julgados desta Corte Superior:

"AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. COMPROVANTES DE PREPARO ILEGÍVEIS. FALHA NA DIGITALIZAÇÃO NO TRIBUNAL DE ORIGEM.

(...)

2. O empregador, enquanto estipulante no contrato de plano de saúde em grupo, atua como mero mandatário, não possuindo legitimidade para integrar o pólo passivo da lide nos casos de pedido de manutenção do plano de saúde após a aposentadoria ante a previsão do art. 31 da Lei n. 9.656/98.

3. Agravo regimental provido." (AgRg no AREsp nº 205.121/SP, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, DJe 14/3/2016)

"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. LEGITIMIDADE PASSIVA DA MANDATÁRIA AFASTADA PELAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. SÚMULA Nº 7/STJ.

1. Esta Corte Superior é firme no entendimento de que, em regra, a estipulante de contrato de plano de saúde coletivo é parte ilegítima para figurar no pólo passivo de ação de cobrança ajuizada pelos segurados ou beneficiários, na medida em que teria agido como simples mandatária.

2. Tendo as instâncias ordinárias, soberanas na análise fática da causa, reconhecido expressamente a ilegitimidade da parte ré para a demanda, a pretensão recursal em sentido contrário esbarra, inarredavelmente, na Súmula nº 7/STJ.

3. Agravo regimental não provido." (AgRg no AREsp nº 256.552/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, DJe 26/9/2013)

Ademais, a circunstância de que a mensalidade do plano de saúde foi majorada devido à alteração na forma de custeio por decisão exclusiva da empresa estipulante não foi objeto de debate e decisão pelo acórdão recorrido, faltando-lhe o devido prequestionamento (Súmula nº 211/STJ).

Assim, não prosperam as alegações postas no agravo, incapazes de alterar os fundamentos da decisão impugnada.

Ante o exposto, nego provimento ao agravo interno.

É o voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2016/0222366-6

AgInt no
REsp 1.622.264 / SP

Números Origem: 10939972620148260100 1093997262014826010090001

PAUTA: 21/02/2017

JULGADO: 21/02/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **MÁRIO PIMENTEL ALBUQUERQUE**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : BRADESCO SAÚDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825
RECORRIDO : NEWTON JOSE MONTEIRO
ADVOGADO : MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO E OUTRO(S) - SP230110

ASSUNTO: DIREITO DO CONSUMIDOR - Contratos de Consumo - Planos de Saúde

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : BRADESCO SAÚDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825
AGRAVADO : NEWTON JOSE MONTEIRO
ADVOGADO : MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO - SP230110

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.