



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.650.568 - SP (2017/0018412-2)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : **BRADESCO SAÚDE S/A**
ADVOGADO : **ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825**
AGRAVADO : **SERGIO VIEIRA**
ADVOGADO : **MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO E OUTRO(S) - SP230110**

EMENTA

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC.** PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EX-EMPREGADO APOSENTADO. MANUTENÇÃO DA COBERTURA E DOS VALORES DE MENSALIDADE. ESTIPULANTE. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. MANDATÁRIA DO GRUPO DE BENEFICIÁRIOS. ACÓRDÃO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. O presente agravo interno foi interposto contra decisão publicada na vigência do NCPC, razão pela qual devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma nele prevista, nos termos do Enunciado nº 3 aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: *Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.*

2. A jurisprudência desta Corte é firme no entendimento 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 (REsp nº 1.575 435/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 3/6/2016).

3. A operadora não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado para negar provimento ao seu recurso especial.

4. Em razão da improcedência do presente recurso, e da anterior advertência em relação à incidência do NCPC, incide ao caso a multa prevista no art. 1.021, § 4º, do NCPC, no percentual de 1% sobre o valor atualizado da causa, ficando a interposição de qualquer outro recurso condicionada ao depósito da respectiva quantia, nos termos do § 5º daquele artigo de lei.

5. Agravo interno não provido, com imposição de multa.

ACÓRDÃO



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Vistos, relatados e discutidos os autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Senhores Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, por unanimidade, em negar provimento ao agravo, com aplicação de multa, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrigli, Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Brasília, 27 de abril de 2017(Data do Julgamento)

MINISTRO MOURA RIBEIRO

Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.650.568 - SP (2017/0018412-2)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : **BRADESCO SAÚDE S/A**
ADVOGADO : **ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825**
AGRAVADO : **SERGIO VIEIRA**
ADVOGADO : **MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO E OUTRO(S) - SP230110**

RELATÓRIO

O EXMO. SR. MINISTRO MOURA RIBEIRO (Relator):

Consta nos autos que SÉRGIO VIEIRA (BENEFICIÁRIO) ajuizou ação sob rito ordinário, com pedido de antecipação de tutela contra a BRADESCO SAÚDE S.A. (OPERADORA), pleiteando a sua permanência no plano de saúde de que era beneficiário nas mesmas condições de cobertura existentes na vigência do seu contrato de trabalho. Pugnou, assim, pela emissão de boletos das mensalidades em valor igual ao que vinha sendo pago, acrescido do reajuste máximo de 10,79% deferido pela ANS.

O Juízo estadual rejeitou a preliminar de ilegitimidade de parte, julgando procedentes os pedidos deduzidos na inicial, em confirmação à liminar deferida (fls. 234/237).

Interposta apelação pela OPERADORA, o Tribunal de origem negou-lhe provimento em acórdão que recebeu a seguinte ementa:

Ação de obrigação de fazer. Plano de saúde coletivo empresarial. Preliminar de ilegitimidade de parte afastada. Inteligência da Súmula nº 101 deste Egrégio Tribunal de Justiça. Autor demitido/aposentado sem justa causa que tem a pretensão de manter-se no plano de saúde oferecido pela ex-empregadora nas mesmas condições vigentes durante o contrato de trabalho. Possibilidade. Exegese do art. 31 da Lei 9656/98. Direito de ser mantido como beneficiário nas mesmas condições de cobertura e de custo, mediante o pagamento integral da prestação, correspondente à somatória da parcela que suportava como empregado e do valor subsidiado pela ex-empregadora, considerando a importância a ser calculada pela soma do montante que era descontado mensalmente do seu salário com a média do valor dispendido pela ex- empregadora com seus funcionários ativos, nos últimos doze meses anteriores ao desligamento da empresa, vedados outros critérios subjetivos. Sentença mantida. Recurso da ré a que se nega provimento (e-STJ, fl. 302).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Inconformada, a OPERADORA manejou recurso especial com fulcro no art. 105, III, a, da CF. Alegou violação dos arts. 267, VI, do CPC/73, 1º e 4º, VII, XI e XXIII da Lei nº 9.961/00. Sustentou, em suma, ser parte ilegítima na presente demanda, porquanto conforme resolução da ANS, a *concessão do benefício pretendido pelo recorrido decorre de obrigação da sua ex-empregadora, estipulante da relação securitária e, em razão disso, única responsável pelas alterações realizadas na apólice de seus funcionários e ex-funcionários* (e-STJ, fl. 316).

Em decisão de minha lavra, foi negado provimento ao apelo nobre, nos seguintes termos:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. RECURSO ESPECIAL. RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO CPC/73. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EX-EMPREGADO APOSENTADO. MANUTENÇÃO DA COBERTURA E DOS VALORES DE MENSALIDADE. ESTIPULANTE. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. MANDATÁRIA DO GRUPO DE BENEFICIÁRIOS. ACÓRDÃO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 83 DO STJ. RECURSO ESPECIAL NÃO PROVIDO (e-STJ, fl. 352).

No presente agravo interno (e-STJ, fls. 365/372), a OPERADORA alegou, em síntese, *que a demanda foi equivocadamente proposta contra a BRADESCO SAÚDE S/A, e sem a presença da empresa estipulante, apesar do aumento da mensalidade da apólice do recorrido — única circunstância discutida na ação — ter decorrido de alteração da forma de custeio determinada exclusivamente pela Eletropaulo, cabendo à Bradesco apenas acatar tal determinação* (e-STJ, fl. 368). Acrescentou que a Resolução nº 279 da ANS dispõe, de modo claro, que a concessão do benefício pleiteado pelo BENEFICIÁRIO decorre de obrigação da sua ex-empregadora, estipulante da relação securitária e, por essa razão, responsável exclusiva pelas alterações realizadas na apólice de seus funcionários e ex-funcionários.

Pleiteou, alfim, que a decisão monocrática seja reformada por esta Terceira Turma, reconhecendo-se a ilegitimidade passiva da OPERADORA.

A impugnação foi apresentada (e-STJ, fls. 376/388).

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.650.568 - SP (2017/0018412-2)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : **BRADESCO SAÚDE S/A**
ADVOGADO : **ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825**
AGRAVADO : **SERGIO VIEIRA**
ADVOGADO : **MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO E OUTRO(S) - SP230110**

EMENTA

PROCESSO CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. **RECURSO MANEJADO SOB A ÉGIDE DO NCPC.** PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EX-EMPREGADO APOSENTADO. MANUTENÇÃO DA COBERTURA E DOS VALORES DE MENSALIDADE. ESTIPULANTE. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. MANDATÁRIA DO GRUPO DE BENEFICIÁRIOS. ACÓRDÃO EM CONFORMIDADE COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA Nº 568 DO STJ. RECURSO MANIFESTAMENTE INADMISSÍVEL. INCIDÊNCIA DA MULTA DO ART. 1.021, § 4º, DO NCPC. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. O presente agravo interno foi interposto contra decisão publicada na vigência do NCPC, razão pela qual devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma nele prevista, nos termos do Enunciado nº 3 aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016: *Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.*

2. A jurisprudência desta Corte é firme no entendimento 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 (REsp nº 1.575 435/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 3/6/2016).

3. A operadora não apresentou argumento novo capaz de modificar a conclusão adotada, que se apoiou em entendimento aqui consolidado para negar provimento ao seu recurso especial.

4. Em razão da improcedência do presente recurso, e da anterior advertência em relação à incidência do NCPC, incide ao caso a multa prevista no art. 1.021, § 4º, do NCPC, no percentual de 1% sobre o valor atualizado da causa, ficando a interposição de qualquer outro recurso condicionada ao depósito da respectiva quantia, nos termos do § 5º daquele artigo de lei.

5. Agravo interno não provido, com imposição de multa.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no RECURSO ESPECIAL Nº 1.650.568 - SP (2017/0018412-2)

RELATOR : **MINISTRO MOURA RIBEIRO**
AGRAVANTE : **BRADESCO SAÚDE S/A**
ADVOGADO : **ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825**
AGRAVADO : **SERGIO VIEIRA**
ADVOGADO : **MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO E OUTRO(S) - SP230110**

VOTO

O EXMO. SR. MINISTRO MOURA RIBEIRO (Relator):

A irrisignação não merece provimento.

De plano, vale pontuar que o presente agravo interno foi interposto contra decisão publicada na vigência do NCPD, razão pela qual devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma nele prevista, nos termos do Enunciado nº 3 aprovado pelo Plenário do STJ na sessão de 9/3/2016:

Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/2015 (relativos a decisões publicadas a partir de 18 de março de 2016) serão exigidos os requisitos de admissibilidade recursal na forma do novo CPC.

Conforme já constou do relatório, SÉRGIO VIEIRA (BENEFICIÁRIO) ajuizou ação sob rito ordinário, com pedido de antecipação de tutela contra a BRADESCO SAÚDE S.A. (OPERADORA), pleiteando a sua permanência no plano de saúde de que era beneficiário nas mesmas condições de cobertura existentes na vigência do seu contrato de trabalho. Pugnou, assim, pela emissão de boletos das mensalidades em valor igual ao que vinha sendo pago, acrescido do reajuste máximo de 10,79% deferido pela ANS.

O Juízo estadual rejeitou a preliminar de ilegitimidade de parte, julgando procedentes os pedidos deduzidos na inicial, em confirmação à liminar deferida (fls. 234/237).

Interposta apelação pela OPERADORA, o Tribunal de origem negou-lhe provimento (e-STJ, fls. 301/307).

Inconformada, a OPERADORA manejou recurso especial com fulcro no art. 105, III, a, da CF. Alegou violação dos arts. 267, VI, do CPC/73, 1º e 4º, VII, XI e XXIII da Lei nº 9.961/00. Sustentou, em suma, ser parte ilegítima na presente demanda, porquanto conforme resolução da ANS, a concessão do benefício pretendido pelo recorrido decorre de obrigação da sua ex-empregadora, estipulante da relação securitária e, em razão disso, única responsável pelas alterações realizadas na apólice de seus funcionários e



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

ex-funcionários (e-STJ, fl. 316).

Em decisão de minha lavra, foi negado provimento ao apelo nobre (e-STJ, fls. 352/359).

É contra esse julgado monocrático o presente inconformismo, que, reitere-se, não comporta provimento.

Isso porque a linha argumentativa apresentada pela OPERADORA é incapaz de evidenciar o desacerto da decisão unipessoal, que está em consonância com a atual jurisprudência desta Corte.

Na hipótese, conforme ressaltado no julgado agravado, a matéria aqui tratada foi objeto de exame pela eg. Terceira Turma desta Corte, no julgamento do REsp nº 1.575.435/SP, de relatoria do em. Min. RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, que firmou orientação 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*. A propósito, eis a ementa do referido julgado:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. EX-EMPREGADO APOSENTADO. MANUTENÇÃO DA COBERTURA E DOS VALORES DE MENSALIDADE. ESTIPULANTE. ILEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM. MANDATÁRIA DO GRUPO DE USUÁRIOS. MULTA PROTETATÓRIA. AFASTAMENTO. SÚMULA Nº 98/STJ.

1. Discute-se a legitimidade de empresa estipulante para figurar no polo passivo de ação proposta por ex-empregado aposentado para permanecer em plano de saúde coletivo nas mesmas condições de cobertura e de mensalidade de quando estava em vigor o contrato de trabalho.

2. 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.

3. O plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa ou por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais, geralmente na condição de estipulantes, junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas às mencionadas



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

entidades bem como a seus dependentes.

4. No plano de saúde coletivo, o vínculo jurídico formado entre a operadora e o grupo de usuários caracteriza-se como uma estipulação em favor de terceiro. Por seu turno, a relação havida entre a operadora e o estipulante é similar a um contrato por conta de terceiro. Já para os usuários, o estipulante é um intermediário, um mandatário e não um preposto da operadora de plano de saúde.

5. 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.

6. 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. Precedentes.

7. Não evidenciado o caráter protelatório dos embargos de declaração, impõe-se a inaplicabilidade da multa prevista no parágrafo único do art. 538 do Código de Processo Civil. Incidência da Súmula nº 98/STJ.

8. Recurso especial parcialmente provido, apenas para afastar a multa processual.

(REsp nº 1.575 435/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Terceira Turma, DJe 3/6/2016)

Em razão de sua clareza, peço vênias para trazer à colação trecho do voto proferido pelo em. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA:

[...] 2. Da legitimidade passiva do estipulante de plano de saúde coletivo empresarial

No tocante à legitimidade passiva da empresa estipulante nas ações que discutem a permanência do ex-empregado em plano de saúde coletivo, o qual arcará com a integralidade dos valores das mensalidades, cumpre, de início, fazer algumas considerações.

O plano de saúde pode se dar em três modalidades distintas de regime, quais sejam, (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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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**".

(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:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

"(...)

(...) **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)

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



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

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 justificção 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 condição de mandatária do grupo de usuários e não da operadora. Esse é o entendimento que deve ser aplicado na hipótese dos autos (sem destaques no original).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Nessa toada, vejam-se os seguintes julgados: AgInt no REsp nº 1.608.849/SP, Rel. Ministro RAUL ARAÚJO, Quarta Turma, DJe 20/10/2016; AgRg no AREsp nº 205.121/SP, Rel. Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, DJe 14/3/2016; e, AgRg no AREsp nº 256.552/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, DJe 26/9/2013.

Nesse contexto, o presente agravo não se revela apto a alterar o conteúdo do julgado impugnado, devendo ser ele integralmente mantido pelos seus próprios fundamentos.

Assim, considerando anterior advertência quanto à incidência das normas do NCPC, no que tange ao cabimento de multa, e verificada a improcedência do presente agravo interno, condeno a OPERADORA ao pagamento da multa de 5% sobre o valor atualizado da causa, nos termos do art. 1.021, § 4º, do NCPC.

Salienta-se que, nos termos do art. 1.021, § 5º, do NCPC, a interposição de qualquer outro recurso fica condicionada ao depósito prévio da respectiva quantia.

Por fim, deixo de majorar a verba honorária em razão do entendimento firmado pela Terceira Turma, no julgamento dos EDcl no AgInt no REsp nº 1.573.573/RJ, de que, para fins de arbitramento de honorários recursais, previstos no art. 85, § 11, do NCPC, é necessário o preenchimento de requisitos cumulativos que enumera, entre eles, **tratar-se do recurso principal de determinada instância, não sendo aplicáveis ao agravo interno e aos embargos de declaração.**

Nessas condições, pelo meu voto, **NEGO PROVIMENTO** ao agravo interno, com aplicação de multa.

Advirta-se que eventual recurso interposto contra este acórdão estará sujeito às normas do NCPC, inclusive no que tange ao cabimento de multa (art. 1.026, § 2º).



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2017/0018412-2

AgInt no
REsp 1.650.568 / SP

Números Origem: 10918659320148260100 20160000097517

PAUTA: 27/04/2017

JULGADO: 27/04/2017

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MOURA RIBEIRO**

Presidente da Sessão

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

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ANTÔNIO CARLOS ALPINO BIGONHA**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : BRADESCO SAÚDE S/A
ADVOGADO : ALESSANDRA MARQUES MARTINI E OUTRO(S) - SP270825
RECORRIDO : SERGIO VIEIRA
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 : SERGIO VIEIRA
ADVOGADO : MIGUEL JOSÉ CARAM FILHO E OUTRO(S) - 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, com aplicação de multa, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva e Marco Aurélio Bellizze (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.