

Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.705.311 - SP (2017/0095692-5)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : MARIA TEREZA OCTAVIANO DA COSTA PEREIRA
ADVOGADO : ELTON EUCLIDES FERNANDES E OUTRO(S) - SP258692
RECORRIDO : AMICO SAÚDE LTDA
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M

RELATÓRIO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

Cuida-se de recurso especial interposto por MARIA TEREZA OCTAVIANO DA COSTA PEREIRA, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

Recurso especial interposto em: 21/03/2016.

Conclusão ao Gabinete em: 16/05/2017.

Ação: de obrigação de fazer, ajuizada pela recorrente, em face de AMICO SAÚDE LTDA, devido à rescisão do contrato de plano de saúde coletivo por adesão, na qual requer seja declarada nula a rescisão imotivada com determinação de manutenção da relação contratual. Afirma que possui o plano de saúde há mais de três anos, por intermédio da pessoa jurídica a que está vinculada (UNIFOCUS) e sustenta que necessita prosseguir em seu tratamento psiquiátrico.

Decisão interlocutória: indeferiu o pedido de antecipação de tutela de manutenção no plano de saúde, formulado pela recorrente.

Acórdão: reconheceu de ofício a ilegitimidade ativa da recorrente e julgou extinto o processo, sem resolução do mérito, nos termos do art. 267, VI, do CPC/73.

Considerou que a recorrente, na qualidade de beneficiária de plano de saúde coletivo, firmado através de entidade de classe, não possui legitimidade ativa para questionar a rescisão contratual promovida pela seguradora em face da

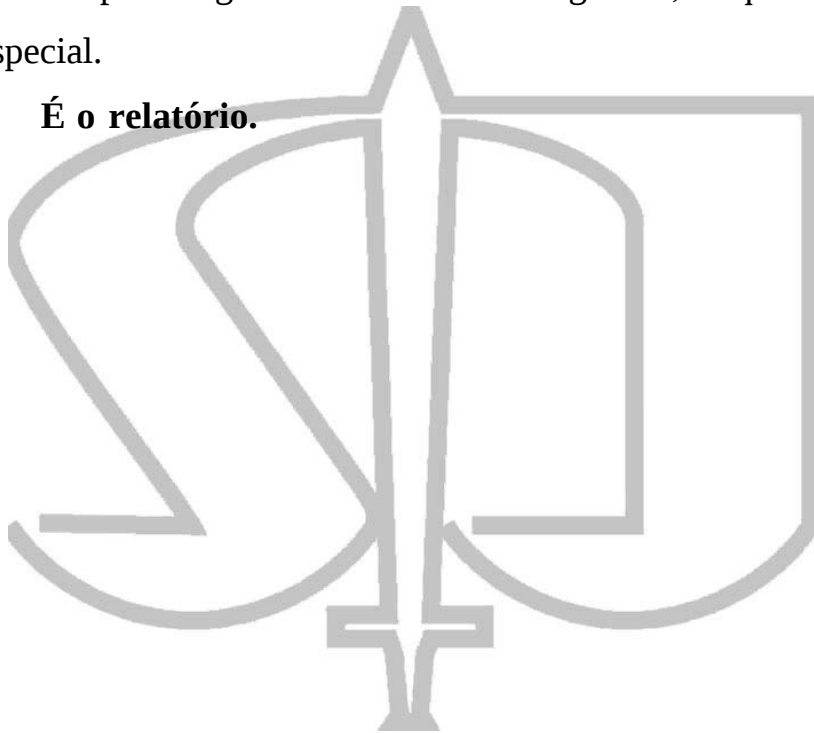
entidade de classe.

Embargos de declaração: opostos pela recorrente, foram rejeitados.

Recurso especial: alega violação do art. 436, do CC, bem como dissídio jurisprudencial. Sustenta que a legislação possibilita que o usuário final do plano de saúde possa questionar a validade das cláusulas contratuais.

Admissibilidade: o recurso foi inadmitido na origem pelo TJ/SP, tendo sido interposto agravo da decisão denegatória, o qual foi convertido em recurso especial.

É o relatório.



Superior Tribunal de Justiça

RECURSO ESPECIAL Nº 1.705.311 - SP (2017/0095692-5)

RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI
RECORRENTE : MARIA TEREZA OCTAVIANO DA COSTA PEREIRA
ADVOGADO : ELTON EUCLIDES FERNANDES E OUTRO(S) - SP258692
RECORRIDO : AMICO SAÚDE LTDA
ADVOGADO : SEM REPRESENTAÇÃO NOS AUTOS - SE000000M

VOTO

A EXMA. SRA. MINISTRA NANCY ANDRIGHI (Relatora):

- Julgamento: CPC/15.

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.

- Da legitimidade ativa *ad causam* para questionar rescisão do contrato de plano de saúde coletivo

Consoante o entendimento consolidado do STJ, as condições da ação são averiguadas de acordo com a teoria da asserção (REsp 1605470/RJ, Terceira Turma, DJe 01/12/2016; REsp 1314946/SP, Quarta Turma, DJe 09/09/2016), 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.

Nessa linha, em sede doutrinária, posiciona-se Humberto Teodoro Jr ao afirmar que a característica básica da legitimação ordinária “é a coincidência da titularidade processual com a titularidade hipotética dos direitos e das obrigações em disputa no plano do direito material” (Curso de Direito Processual Civil. 57ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016. p. 166).

Na hipótese em exame, ante a rescisão unilateral do contrato pela operadora, a recorrente pretende garantir o direito de se manter beneficiária do plano de saúde coletivo por adesão. Assim, o exame da legitimidade ativa para pleitear manutenção em plano de saúde deve se verificar em abstrato, à luz da Lei dos Planos de Saúde (Lei 9.656/98 – LPS), acerca da relação jurídica própria dos contratos celebrados sob o regime coletivo.

De acordo com o art. 16, VII, da Lei 9.656/98, os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa 195/09, definiu que: i) o plano de saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ii) o plano coletivo empresarial é delimitado à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e iii) o plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.

Nos contratos de plano de saúde coletivo, portanto, a relação jurídica de direito material envolve uma operadora e uma pessoa jurídica que atua em favor de uma classe (coletivo por adesão) ou em favor de seus respectivos empregados (coletivo empresarial).

Nessa linha, a Terceira Turma, no julgamento do REsp 1510697/SP, DJe 15/06/2015, decidiu que o contrato de plano de saúde coletivo 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 Civil). Isso porque a estipulação do contrato de plano de saúde coletivo ocorre,

naturalmente, em favor dos indivíduos que compõem a classe/empresa, verdadeiros beneficiários finais do serviço de atenção à saúde.

Esse raciocínio autoriza o usuário de plano de saúde coletivo a ajuizar individualmente ação contra a operadora para questionar abusividades do contrato, independente de a contratação ter sido intermediada pela pessoa jurídica a qual está vinculado.

A perplexidade surge, entretanto, quando a ação judicial não questiona apenas específicas cláusulas contratuais tidas por abusivas (v.g. reajuste de mensalidade, exclusão de coberturas), mas a própria viabilidade de manutenção do contrato contra a rescisão unilateral realizada pela operadora.

Na primeira hipótese, a cláusula contratual pode afetar apenas um pequeno grupo dentro da coletividade de beneficiários, como nas situações envolvendo o reajuste abusivo para a faixa etária acima dos 60 anos ou ainda na negativa de cobertura em caso de emergência para um indivíduo que dela necessitou. Por outro lado, a rescisão do contrato afeta indistinta e necessariamente todos os beneficiários do plano de saúde coletivo.

Em situações desse jaez, é importante observar que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu por meio de Resolução Normativa que os contratos coletivos por adesão ou empresarial “somente poderão ser rescindidos imotivadamente após a vigência do período de doze meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de sessenta dias” (art. 17, parágrafo único, da RN 195/09). Há, inclusive, punição administrativa (multa de R\$ 80.000,00) para a operadora que unilateralmente “suspender ou rescindir o contrato coletivo em desacordo com a regulamentação” (art. 82-A, da RN 124/06).

Nessa ordem de ideias, ante a possibilidade de a rescisão unilateral do contrato ser abusivamente praticada pela operadora, o beneficiário final do plano

de saúde coletivo está autorizado a ajuizar a ação para questionar o ato tido por ilegal. 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.

Note-se que os demais integrantes da mesma classe/empresa podem exercer igualmente o direito de ação para questionar a rescisão do contrato ou podem aguardar que a pessoa jurídica demande a solução em favor da coletividade de beneficiários como um todo.

De qualquer modo, a legitimidade ativa *ad causam*, frise-se, restringe-se ao exame puramente abstrato da titularidade dos interesses envolvidos na lide, ao passo que a instrução probatória a definir a procedência ou improcedência do pedido diz respeito ao mérito e não às condições da ação.

Por meio dessa perspectiva, percebe-se que da afirmação contida na petição inicial – a usuária do plano de saúde coletivo por adesão pretende questionar a ilegalidade da rescisão do contrato realizada unilateralmente pela operadora – é possível aferir, em abstrato, que a recorrente é titular do interesse juridicamente protegido afirmado na pretensão, ao passo que a operadora do plano de saúde é a titular do interesse que se opõe à sua pretensão.

Logo, à luz da teoria da asserção, configurada na presente hipótese a legitimidade ativa *ad causam* da recorrente, deve ser anulado o acórdão recorrido que extinguiu o processo sem resolução de mérito, por carência de ação.

Forte nessas razões, **DOU PROVIMENTO** ao recurso especial, para anular o acórdão recorrido e determinar o regular julgamento da demanda.