

# Superior Tribunal de Justiça

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.575.435 - SP (2015/0312428-0)**

**RELATOR** : **MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**  
**RECORRENTE** : FORD MOTOR COMPANY BRASIL LTDA  
**ADVOGADOS** : CELSO DE FARIA MONTEIRO  
TAMARA PASSOS GUSTINELLI ANDRESSA  
KHRISTIAN SILVA MOLIM  
**RECORRIDO** : \_\_\_\_\_  
**ADVOGADOS** : EDSON ASARIAS SILVA  
THIAGO NOVELI CANTARIN E OUTRO(S)  
**INTERES.** : BRADESCO SAÚDE S/A  
**ADVOGADO** : GABRIEL LÓS E OUTRO(S)

## **EMENTA**

RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICCIONAL. 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 PROTELATÓRIA. 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 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

# Superior Tribunal de Justiça

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.

## ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos, em que são partes as acima indicadas, decide a Terceira Turma, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator. Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha (Presidente) e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator. Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Marco Aurélio Bellizze.

Brasília (DF), 24 de maio de 2016(Data do Julgamento)

Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva  
Relator

# Superior Tribunal de Justiça

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.575.435 - SP (2015/0312428-0)**

## **RELATÓRIO**

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

Trata-se de recurso especial interposto por FORD MOTOR COMPANY BRASIL LTDA., com esteio no art. 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que \_\_\_\_\_ ajuizou ação de obrigação de fazer contra a recorrente (ex-empregadora) e BRADESCO SAÚDE S.A. objetivando a manutenção, como beneficiário, de plano de saúde coletivo nas mesmas condições de cobertura e de mensalidade de quando estava na ativa, assumindo o pagamento integral dos valores, nos termos do art. 31 da Lei nº 9.656/1998.

O magistrado de primeiro grau, entendendo que há "*obrigação solidária entre o empregador e a seguradora, do que decorre a pertinência subjetiva passiva*" (fl. 241) bem como que o dever de custeio deveria "*equivaler ao valor integral pago quando da vigência do contrato empregatício (acrescido da cota parte devida pelo empregador), não sendo lícito que se apresente valor diferenciado para ex-empregados*" (fl. 242), julgou procedentes os pedidos.

Irresignadas, as demandadas interpuseram recursos de apelação. O apelo da recorrente foi julgado prejudicado, visto que foi reconhecida, de ofício, a sua ilegitimidade passiva *ad causam*, ao fundamento de que era mera estipulante dos serviços de saúde. Já o apelo da operadora de plano de saúde foi provido em parte, a fim de alterar os valores das mensalidades a serem suportados pelo autor.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

*"PLANO DE SAÚDE - Art. 31 da Lei Federal nº 9.656/98 - Aposentado demitido pela Ford - Pretensão de manutenção em plano de saúde, pagando os valores que entende corretos - Sentença de procedência em parte - Irresignação das requeridas - Ilegitimidade passiva da ex-empregadora reconhecida de ofício - Montadora que consiste em mera estipulante dos serviços 'sub judice' - Legitimidade passiva da seguradora Bradesco configurada - Seguradora/operadora mostra-se como a única que reúne condições de atender ao comando legal - Manutenção do vínculo empregatício após a concessão da aposentadoria - Irrelevância - Ausência de distinção no art. 31 da Lei 9.656/98 - Súmula 104 do TJ/SP - Valor da contraprestação - Contrato de plano de saúde que já mantém especificados os valores das mensalidades devidas em cada faixa etária - Legislação que assegura ao aposentado a sua manutenção no plano*

# Superior Tribunal de Justiça

*de saúde nas mesmas condições de quando estava empregado, mas não o congelamento do valor a ser pago, ou a sua fixação por equidade ou outros critérios subjetivos - Recurso da corrê Ford prejudicado e provido em parte o da corrê Bradesco" (fl. 354).*

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados, com imposição de multa por

protelação (fl. 380).

No especial, a recorrente aponta, além de divergência jurisprudencial, violação dos

arts. 131, 273, 334, III, 368, 458, II, 472, 499, § 1º, 535, I e II, e 538 do Código de Processo Civil de 1973 (CPC/1973) e 31 da Lei nº 9.656/1998.

Aduz, inicialmente, a nulidade do acórdão proferido em embargos declaratórios por

negativa de prestação jurisdicional, já que o Tribunal de origem deixou de se manifestar acerca de aspectos relevantes da demanda suscitados na petição recursal.

Sustenta também que os aclaratórios tinham notório propósito de prequestionamento, ou seja, não restou caracterizada a litigância de má-fé ou o intuito protelatório, de modo que deve ser afastada a multa processual.

Argui que a estipulante possui legitimidade passiva para a causa que discute a

permanência de ex-empregado em plano de saúde coletivo, pois *"eventual condenação impacta diretamente nos custos dos planos de saúde mantidos pela corrê FORD junto à corrê BRADESCO SAÚDE"* (fl. 416).

Acrescenta que

*"(...) o v. acórdão não se atentou ao fato de que, se mantida a ilegitimidade da ora recorrente para responder ao presente feito, o resultado da presente lide não produzirá efeitos somente para as partes envolvidas, mas também gerará efeitos e obrigações para o ora embargante, que será impedido de se defender no presente feito" (fl. 416).*

Por fim, alega que a ação deveria ter sido julgada improcedente e não procedente

em parte, porquanto foi determinado pela Corte local o pagamento integral dos valores das mensalidades conforme indicação feita pela Bradesco Saúde S.A. e a controvérsia da demanda girava em torno apenas do custeio do plano de assistência médica.

Após o decurso do prazo para a apresentação de contrarrazões (fl. 431), o especial

foi admitido na origem.

# Superior Tribunal de Justiça

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.575.435 - SP (2015/0312428-0)**

É o relatório.

## **VOTO**

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

Cinge-se a controvérsia a saber: a) se houve negativa de prestação jurisdicional

quando do julgamento dos embargos de declaração pela Corte estadual, b) se a empresa estipulante possui legitimidade passiva para a ação que discute a manutenção de ex-empregado em plano de saúde coletivo nas mesmas condições de cobertura e de mensalidade de quando estava em vigor o contrato de trabalho, c) se os pedidos formulados na inicial devem ser julgados improcedentes ou procedentes em parte, porquanto os valores das mensalidades adotados pela Corte local foram os indicados pela operadora de assistência à saúde, e d) se os embargos declaratórios opostos na origem foram protelatórios.

### **1. Da negativa de prestação jurisdicional**

Não há falar em negativa de prestação jurisdicional nos embargos declaratórios, a

qual somente se configura quando, na apreciação do recurso, o Tribunal de origem insiste em omitir pronunciamento a respeito de questão que deveria ser decidida, e não foi.

Concretamente, verifica-se que as instâncias ordinárias enfrentaram a matéria

posta em debate na medida necessária para o deslinde da controvérsia. É cediço que a escolha de uma tese refuta, ainda que implicitamente, outras que sejam incompatíveis.

Registre-se, por oportuno, que o órgão julgador não está obrigado a se pronunciar

acerca de todo e qualquer ponto suscitado pelas partes, mas apenas sobre aqueles considerados suficientes para fundamentar sua decisão, o que foi feito.

Sobre o tema:

*"AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MORAIS E MATERIAIS. TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA AO PAGAMENTO DE RENOVAÇÃO DE MATRÍCULA. PRETENSÃO DE REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO*

# Superior Tribunal de Justiça

*DELINEADO PELA CORTE LOCAL. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 07/STJ. VIOLAÇÃO AO ARTIGO 535 DO CPC. JULGADO QUE TRAZ FUNDAMENTAÇÃO SUFICIENTE. AGRAVO REGIMENTAL DESPROVIDO.*

(...)

2. 'Quando o Tribunal de origem, ainda que sucintamente, pronuncia-se de forma clara e suficiente sobre a questão posta nos autos, não se configura ofensa ao artigo 535 do CPC. Ademais, o magistrado não está obrigado a rebater, um a um, os argumentos trazidos pela parte' (AgRg no Ag 1.265.516/RS, 4ª Turma, Rel. Min.

João Otávio de Noronha, DJe de 30/06/2010).

3. 'Agravo regimental desprovido' (AgRg no AREsp nº 205.312/DF, Rel. Min. PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Terceira Turma, DJe 11/2/2014).

## **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 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

# Superior Tribunal de Justiça

**RECURSO ESPECIAL Nº 1.575.435 - SP (2015/0312428-0)**

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

# Superior Tribunal de Justiça

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)

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



# Superior Tribunal de Justiça

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**

# Superior Tribunal de Justiça

**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.**

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)*

Considerando-se, portanto, ser a recorrente parte ilegítima para a ação, fica prejudicada a pretensão recursal de que os pedidos formulados na inicial, no lugar da procedência parcial, sejam julgados improcedentes ao argumento de que os valores das mensalidades acolhidos pela Corte de origem foram os indicados pela operadora de assistência à saúde, controversia essa que seria a única da causa.

### **3. Da multa protelatória**

Acerca da ventilada afronta ao art. 538, parágrafo único, do CPC/1973, constata-se

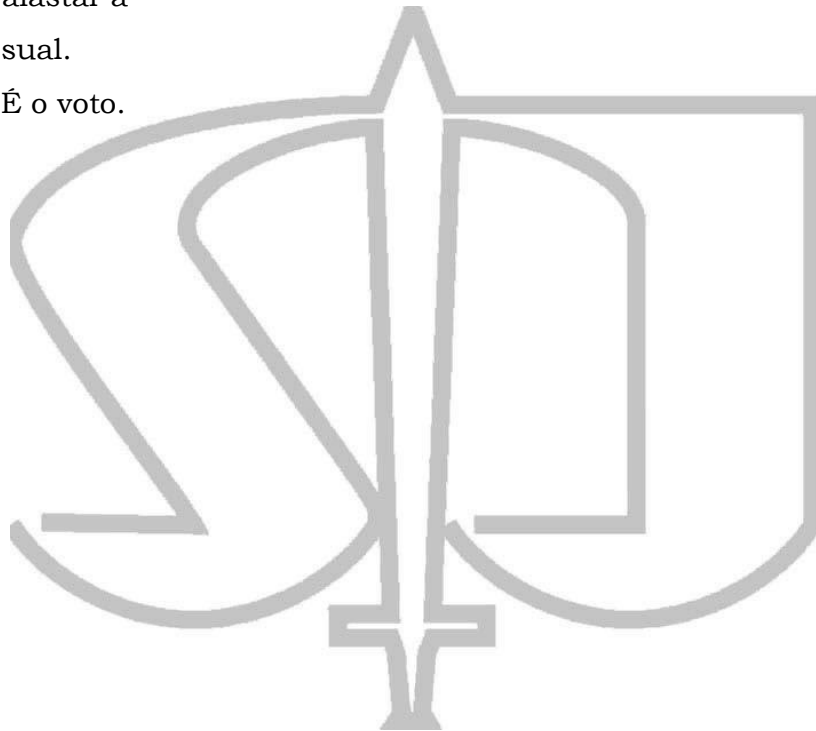
# Superior Tribunal de Justiça

que a recorrente não pretendeu procrastinar ou distorcer fatos, objetivando os embargos declaratórios opostos na Corte local prequestionar teses para a interposição do recurso especial, motivo pelo qual deve ser afastada a multa processual em questão. Incide, pois, na hipótese a Súmula nº 98/STJ, segundo a qual os *"Embargos de declaração manifestados com notório propósito de prequestionamento não tem caráter protelatório"*.

#### **4. Do dispositivo**

Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso especial, apenas para afastar a multa processual.

É o voto.



# Superior Tribunal de Justiça

## CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2015/0312428-0

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.575.435 / SP

Números Origem: 00299327320128260564 12012012 299327320128260564 5640120120299320

PAUTA: 24/05/2016

JULGADO: 24/05/2016

### Relator

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

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **FRANKLIN RODRIGUES DA COSTA**

Secretária Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO  
DA ROCHA**

### AUTUAÇÃO

RECORRENTE : FORD MOTOR COMPANY BRASIL LTDA  
ADVOGADOS : CELSO DE FARIA MONTEIRO  
TAMARA PASSOS GUSTINELLI  
ANDRESSA KHRISTIAN SILVA MOLIM

RECORRIDO : \_\_\_\_\_  
ADVOGADOS : EDSON ASARIAS SILVA  
THIAGO NOVELI CANTARIN E  
OUTRO(S)

INTERES. : BRADESCO SAÚDE S/A  
ADVOGADO : GABRIEL LÓS E OUTRO(S)

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

### CERTIDÃO

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

A Terceira Turma, por unanimidade, deu parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, João Otávio de Noronha (Presidente) e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Marco Aurélio Bellizze.

# Superior Tribunal de Justiça

Documento: 1514769 - Inteiro Teor do Acórdão - Site certificado - DJe: 03/06/2016

Página

