



SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

## PARECER Nº , DE 2019

Da COMISSÃO DE TRANSPARÊNCIA, GOVERNANÇA, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE E DEFESA DO CONSUMIDOR, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 20, de 2016, do Senador Fernando Bezerra Coelho, que *altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para garantir aos consumidores de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão, se violado algum direito ou interesse juridicamente protegido, legitimidade ativa ad causam contra Plano Privado de Assistência à Saúde.*

Relator: Senador **TELMÁRIO MOTA**

### I – RELATÓRIO

É submetido à apreciação da Comissão de Transparência, Governança, Fiscalização e Controle e Defesa do Consumidor (CTFC), o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 20, de 2016, de autoria do Senador Fernando Bezerra Coelho, o qual propõe alterar a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que *dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde*, para garantir aos consumidores de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão, se violado algum direito ou interesse juridicamente protegido, legitimidade ativa *ad causam* contra Plano Privado de Assistência à Saúde.





SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

Concordamos integralmente com o relatório apresentado pelo Senador Eduardo Amorim, cujos termos passamos a transcrever, com voto pela aprovação do projeto de lei, que foi apresentado perante a Comissão de Meio Ambiente (CMA) quando esta detinha competência para apreciação de questões de direito do consumidor, mas que não chegou a ser apreciado.

O art. 1º do PLS insere § 2º ao art. 16 da Lei nº 9.656, de 1998, para dar legitimidade ativa *ad causam* a consumidores titulares de planos de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão, quando o Plano Privado de Assistência à Saúde violar direito ou interesse juridicamente protegido.

O art. 2º prevê que a lei que resultar da aprovação do projeto entrará em vigor na data de sua publicação.

Na justificção, o autor contextualiza a discussão jurídica acerca da legitimidade ativa do usuário de plano de saúde coletivo para ajuizar ação contra operadora do mesmo plano que tenha violado direito ou interesse jurídico, uma vez que não raro a Administradora de Benefícios – legitimada ativa segundo os planos de saúde – queda-se inerte. Para isso, o autor defende que a Administradora de Benefício estipula direito em favor de terceiro e, portanto, deveria receber o mesmo tratamento que o Código Civil dá à matéria: “o parágrafo único do artigo 436 do Código Civil estabelece que, na estipulação em favor de terceiro, tanto o estipulante (Administradora de Benefícios) quanto o beneficiário (usuário) podem exigir do promitente (Plano de Saúde) o cumprimento da obrigação”.

Encerrado o prazo regimental, não foram apresentadas emendas.

Após a apreciação deste colegiado, a proposta será remetida à Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), para decisão terminativa.





SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

## II – ANÁLISE

A análise do projeto pela CTFC está em consonância com o disposto no art. 102-A, inciso III, do Regimento Interno do Senado Federal, a qual compete pronunciar-se sobre o mérito de matérias atinentes à defesa do consumidor.

Sob o enfoque da constitucionalidade formal, o projeto de lei analisado versa sobre direito processual e direito do consumidor, matérias de competência privativa e concorrente da União (art. 22, I, e art. 24, inciso V, ambos da Constituição), compreendida entre as atribuições do Congresso Nacional (*caput* do art. 48 da Constituição).

A iniciativa parlamentar é legítima, por força do *caput* do art. 61 da Constituição e porque a matéria não se inclui entre as reservas do § 1º do mesmo artigo. Trata-se, portanto, de proposição legislativa formalmente constitucional.

Quanto à constitucionalidade material, o projeto não apresenta vícios. Quanto à juridicidade, observa o projeto os aspectos de: a) inovação; b) efetividade; c) adequação normativa; d) coercitividade; e e) generalidade.

A proposição é constituída por boa técnica legislativa e não há inclusão de matéria diversa ao tema. As expressões utilizadas preenchem os requisitos de redação das disposições normativas.

Acerca da matéria de fundo, é de se considerar meritório o projeto porque afasta discussões recorrentes, evitando-se interpretações conflitantes; contudo, alguns reparos merecem ser feitos.

Inicialmente, entendemos que os contratos de planos de saúde são típicos contratos de consumo, dado que possuem como contratantes, de um lado, o consumidor nitidamente em posição contratual mais frágil (técnica e economicamente) e, de outro, o fornecedor profissional, que é remunerado pelos serviços prestados. Assim, pacífica a aplicação dos





SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

conceitos legais dispostos nos artigos 2º e 3º, § 2º, da Lei nº 8.078, de 1990 (Código de Defesa do Consumidor – CDC), não havendo qualquer divergência doutrinária ou jurisprudencial acerca da matéria.

Ademais, a própria Lei nº 9.656, de 1998, em seu art. 35-G, determina a aplicação subsidiária do CDC aos contratos acordados entre usuários e operadores e administradoras de planos de saúde.

A primeira mudança refere-se à restrição dada somente ao consumidor titular do plano de saúde. A referida inclusão do § 2º ao art. 16 deveria também coadunar-se com a rede de proteção ampla dada em diversos dispositivos da Lei nº 9.656, de 1998, em que se busca atender não somente aos consumidores, mas também aos beneficiários, titulares ou dependentes.

Inclusive o próprio art. 16, no inciso VIII, exige que os contratos deverão indicar com clareza a franquia, os limites financeiros ou o percentual de coparticipação do consumidor ou beneficiário. Portanto, entendemos que os beneficiários, igualmente, possuem o direito de questionar o contrato.

No que se refere aos dependentes, entendemos que a ideia igualmente se aplica, uma vez que o que se busca é a proteção à violação de direitos e interesses juridicamente protegidos. E, nesse ponto, há diversos dispositivos que equiparam a proteção de ambos, como a vedação de cobertura (art. 11) ou a manutenção contratual aos dependentes em caso de rescisão contratual ou morte do titular (art. 30).

Quanto às categorias dos contratos de plano de saúde, o inciso VII do art. 16 da Lei nº 9.656, de 1998, estabelece três regimes ou tipos de contratação: a) individual ou familiar; b) coletivo empresarial; e c) coletivo por adesão.

O plano de saúde individual ou familiar é aquele em que a pessoa física contrata diretamente com a operadora ou por intermédio de um corretor autorizado. Já o plano de saúde coletivo é aquele contratado por empresa, conselho, sindicato ou associação junto à operadora de planos de



SF/19201.54062-68



SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

saúde para oferecer assistência médica ou odontológica às pessoas vinculadas às entidades bem como a seus dependentes.

No que importa ao plano de saúde coletivo, há dois tipos de contratação: 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.

Outro relevante ponto trazido no PLS diz respeito à legitimidade *ad causam*, cujo conceito, em breves palavras, trata da pertinência subjetiva da ação, ou seja, da qualidade expressa em lei que autoriza o sujeito a invocar a tutela jurisdicional. Nesse ponto específico, também entendemos merecer reparos o projeto.

No que concerne a legitimidade *ad causam* dos usuários em ajuizarem ações contra direitos ou interesses violados por operadoras de planos de saúde, entendemos que o assunto merece igualmente prosperar pelas mesmas razões já apreciadas pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ), contudo sob a “roupagem” material e não processual. Explicamos.

Em decisão proferida em 2015, a 3ª Turma do STJ, competente para tratar de temas de direito privado, ao analisar o Recurso Especial nº 1.510.697/SP, de relatoria do Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, reconheceu que o usuário de plano de saúde coletivo é parte legítima para ajuizar ação contra os planos de saúde em face de direitos ou interesses jurídicos violados:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AÇÃO REVISIONAL. VALIDADE DE CLÁUSULA CONTRATUAL. REAJUSTE DE MENSALIDADES. **USUÁRIO. LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM**. NATUREZA JURÍDICA DA RELAÇÃO CONTRATUAL COM A OPERADORA. ESTIPULAÇÃO EM FAVOR DE TERCEIRO. INTERESSE JURIDICAMENTE PROTEGIDO. DEMONSTRAÇÃO. DESTINATÁRIO FINAL DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.





SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

**1. Discute-se a legitimidade ativa *ad causam* do usuário de plano de saúde coletivo para postular contra a operadora a revisão judicial de cláusulas contratuais.**

**2. A legitimidade exigida para o exercício do direito de ação depende, em regra, da relação jurídica de direito material havida entre as partes; em outras palavras, a ação tem como condição a titularidade de um direito ou interesse juridicamente protegido.**

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, 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 apenas um intermediário, um mandatário, não representando a operadora de plano de saúde.

**5. Na estipulação em favor de terceiro, tanto o estipulante (promissário) quanto o beneficiário podem exigir do promitente (ou prestador de serviço) o cumprimento da obrigação (art. 436, parágrafo único, do CC).** Assim, na fase de execução contratual, o terceiro (beneficiário) passa a ser também credor do promitente.

**6. Os princípios gerais do contrato amparam tanto o beneficiário quanto o estipulante**, de modo que havendo no contrato cláusula abusiva ou ocorrendo fato que o onere excessivamente, **não é vedado a nenhum dos envolvidos pedir a revisão da avença**, mesmo porque as cláusulas contratuais devem obedecer a lei.

**7. O usuário de plano de saúde coletivo tem legitimidade ativa para ajuizar individualmente ação contra a operadora pretendendo discutir a validade de cláusulas do contrato**, a exemplo do critério de reajuste das mensalidades, não sendo empecilho o fato de a contratação ter sido intermediada por estipulante.

8. Recurso especial provido.



SF/19201.54062-68



SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

(Negritos nossos)

Na espécie trazida pelo julgado no STJ, para fins de definição da legitimidade ativa *ad causam*, o Tribunal entendeu que a relação jurídica de direito material mantida entre o usuário e a operadora de plano de saúde coletivo equipara-se a uma estipulação em favor de terceiro. E, nesse caso, segundo estabelece o Código Civil no art. 436, tanto o estipulante (promissário – administrador de benefícios) quanto o beneficiário (terceiro – usuário do plano) podem exigir do promitente (prestador do serviço – operador do plano) o cumprimento da obrigação. Do mesmo modo, na fase de execução contratual, o terceiro (beneficiário – usuário) passa a ser também credor do promitente (operadora do plano).

Em síntese, o STJ entendeu que o fato de a contratação ter sido intermediada por estipulante (administrador de benefícios) não impede o usuário de questionar o contrato. Ademais, diz o voto:

(...) diante do interesse juridicamente protegido do usuário de plano de saúde, destinatário final dos serviços de assistência à saúde, o exercício do direito de ação não pode ser tolhido, sobretudo se ele busca eliminar eventual vício contratual (cláusula inválida) ou promover o equilíbrio econômico do contrato (discutir os valores e os reajustes de mensalidades).

Desse modo, a partir da análise da natureza jurídica do contrato de plano de saúde realizada pelo STJ, entendemos prudente garantir o direito à revisão do contrato por parte do usuário do plano de saúde, seja ele consumidor ou beneficiário, titular ou dependente. Ao se garantir o direito, o exercício dele é consequência natural.

Acreditamos que a utilização da terminologia de direito processual para um tema essencialmente material gerará consequências indesejadas, tal como a possibilidade de se permitir a utilização do instrumento da substituição processual (legitimação extraordinária) para alguém que não tem direito.





SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

Em outras palavras, quando o consumidor impugna alguma cláusula do contrato de plano de saúde coletivo, ele não estará agindo no interesse do estipulante, e sim no interesse próprio. Se a proposição em pauta dispuser que o consumidor tem legitimidade ativa, sem explicitar que o consumidor está agindo em interesse próprio, o texto normativo vindouro daria ensejo a discussões indesejadas tal qual a de que o consumidor estaria agindo, na verdade, como um substituto processual do estipulante, o que não é verdade. Por essa razão, o mais adequado é que o texto da proposição se concentre em deixar claro que o consumidor possui o direito material a questionar o contrato, o que, por consequência, implicará que ele possui legitimidade ativa.

Por fim, entendemos de alto relevo a ampliação do direito de proteção contra eventuais violações a interesses e direitos dos consumidores a todos os usuários dos contratos de plano de saúde, cujo objeto é a proteção da própria saúde – corolário do direito à vida e garantidora da dignidade da pessoa humana.

### III – VOTO

Ante o exposto, somos pela aprovação do PLS nº 20, de 2016, com as seguintes emendas:

#### **EMENDA Nº 1 – CTFC**

Dê-se à ementa do PLS nº 20, de 2016, a seguinte redação:

"Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para garantir aos consumidores e beneficiários, titulares ou dependentes, de plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão o direito de rediscutir os contratos, os regulamentos ou as condições gerais dos produtos naquilo em que violarem os seus interesses."





SENADO FEDERAL  
Senador TELMÁRIO MOTA – PROS/RR

## EMENDA Nº 2 – CTFC

Dê-se ao § 2º do art. 16 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na forma do art. 1º do PLS nº 20, de 2016, a seguinte redação, renumerando-se o atual parágrafo único em § 1º:

"Art. 1º.....

'Art. 16.....

.....

§ 2º Os consumidores e beneficiários, titulares ou dependentes, de planos de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão, possuem o direito de discutir os contratos, os regulamentos ou as condições gerais dos produtos de que tratam o *caput*, naquilo em que violarem os seus interesses.' (NR)"

Sala da Comissão, 21 de maio de 2019.

Senador Rodrigo Cunha, Presidente

Senador Telmário Mota, Relator



SF/19201.54062-68