

# Superior Tribunal de Justiça

## RECURSO ESPECIAL Nº 1.701.600 - SP (2017/0254416-7)

**RELATORA** : **MINISTRA NANCY ANDRIGHI**  
**RECORRENTE** : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
**ADVOGADOS** : **DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA E OUTRO(S)** -  
SP272633  
IGOR PEREIRA TORRES - SP278781  
**RECORRIDO** : ZITO BRAGA DA SILVA - ME  
**ADVOGADOS** : **MÁRCIO PESSINI RAIMUNDO E OUTRO(S)** - SP223135  
JULIO CESAR DE SOUZA - SP238270

### EMENTA

DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANOS DE SAÚDE. REGIME DE CONTRATAÇÃO. COLETIVO. POPULAÇÃO VINCULADA À PESSOA JURÍDICA. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL. DOIS BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. DIRIGISMO CONTRATUAL. CONFRONTO ENTRE PROBLEMAS. ANALOGIA. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SIMILITUDE FÁTICA. AUSÊNCIA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA RECURSAL. MAJORAÇÃO.

1. Ação ajuizada em 22/05/15. Recurso especial interposto em 29/07/16 e autos conclusos ao gabinete da Relatora em 04/10/17. Julgamento: CPC/15.
2. O propósito recursal é definir se é válida a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo empresarial por parte da operadora de plano de saúde em face de microempresa com apenas dois beneficiários.
3. 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.
4. A contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários.
5. Não se verifica a violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98 pelo Tribunal de origem, pois a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar.
6. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários recursais.

### ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas constantes dos autos, por unanimidade, conhecer do recurso especial e negar-lhe provimento, nos

# *Superior Tribunal de Justiça*

termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.

Brasília (DF), 06 de março de 2018(Data do Julgamento)

MINISTRA NANCY ANDRIGHI

Relatora



**RECURSO ESPECIAL Nº 1.701.600 - SP (2017/0254416-7)**

**RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI**

**RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A**

**ADVOGADOS : DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA E OUTRO(S) -  
SP272633**

**IGOR PEREIRA TORRES - SP278781**

**RECORRIDO : ZITO BRAGA DA SILVA - ME**

**ADVOGADOS : MÁRCIO PESSINI RAIMUNDO E OUTRO(S) - SP223135  
JULIO CESAR DE SOUZA - SP238270**

## **RELATÓRIO**

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

Cuida-se de recurso especial interposto por NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A, com fundamento nas alíneas "a" e "c" do permissivo constitucional.

**Recurso especial interposto em: 29/07/2016.**

**Conclusão ao Gabinete em: 04/10/2017.**

**Ação:** de obrigação de fazer c/c compensação por danos morais, ajuizada por ZITO BRAGA DA SILVA – ME, em face da recorrente, devido à rescisão unilateral abusiva da operadora de plano de saúde coletivo após vinte anos de vínculo contratual, na qual requer a manutenção do plano e a compensação pelos danos morais experimentados (e-STJ fls. 2-17).

**Sentença:** julgou procedente o pedido para declarar nula a rescisão e condenar a recorrente ao pagamento de R\$ 3.000,00 (três mil reais), a título de danos morais (e-STJ fls. 174-177).

**Acórdão:** negou provimento à apelação interposta pela recorrente, nos termos da seguinte ementa (e-STJ fls. 240-246):

PLANO DE SAÚDE. Contrato coletivo. Rescisão unilateral do contrato pela operadora. Inadmissibilidade. Incidência, por analogia, do artigo. 13, parágrafo único, II da Lei nº 9.656/98. Contrato coletivo que, no caso concreto, tem apenas dois beneficiários. Precedentes. Dano moral "in re ipsa". Indenização mantida em R\$ 3.000,00. Valor de acordo com os ditames da proporcionalidade e razoabilidade Ação

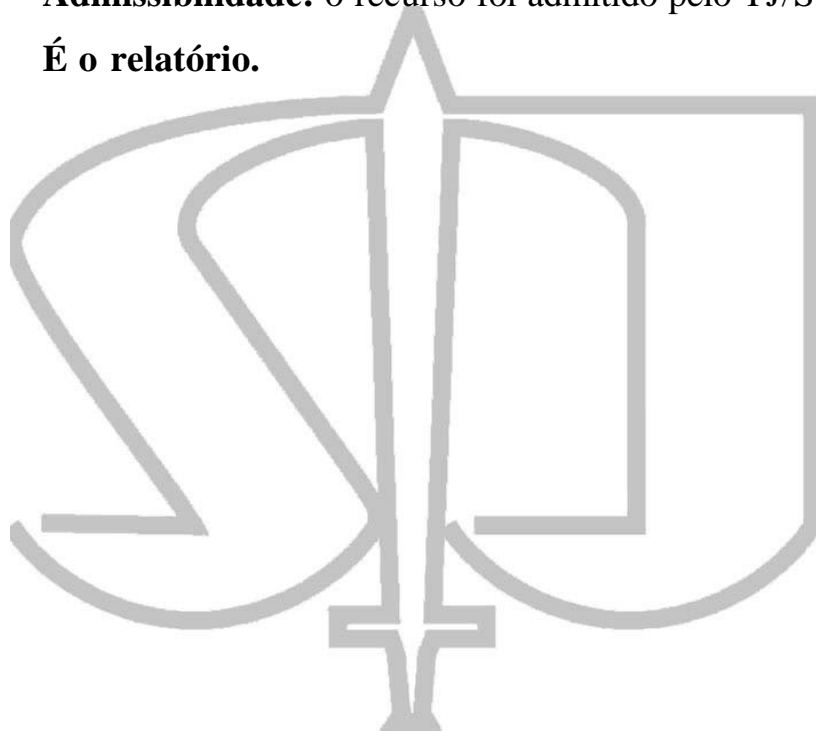
# *Superior Tribunal de Justiça*

precedente. Ratificação dos fundamentos da sentença (art. 252 do RITJSP).  
RECURSO DESPROVIDO.

**Recurso especial:** alega violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde – LPS), bem como dissídio jurisprudencial. Assevera que o artigo tido por violado é aplicável apenas aos contratos individuais e não aos coletivos.

**Admissibilidade:** o recurso foi admitido pelo TJ/SP.

**É o relatório.**



**RECURSO ESPECIAL Nº 1.701.600 - SP (2017/0254416-7)**

**RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI**

**RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A**

**ADVOGADOS : DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA E OUTRO(S) -  
SP272633**

**IGOR PEREIRA TORRES - SP278781**

**RECORRIDO : ZITO BRAGA DA SILVA - ME**

**ADVOGADOS : MÁRCIO PESSINI RAIMUNDO E OUTRO(S) - SP223135**

**JULIO CESAR DE SOUZA - SP238270**

**VOTO**

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

**- Julgamento: CPC/15.**

O propósito recursal é definir se é válida a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo empresarial por parte da operadora de plano de saúde em face de microempresa com apenas dois beneficiários.

**1. Da classificação dos planos privados de assistência à saúde quanto ao regime de contratação**

A Lei 9.656/98 (LPS) estabeleceu que os planos de saúde podem ser contratados por meio de três regimes diferentes: individual/familiar; coletivo empresarial; ou coletivo por adesão (art. 16, VII).

Nessa linha, 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.

## **2. Da rescisão unilateral imotivada do contrato de plano de saúde coletivo**

Relevante registrar que a LPS criou expressa autorização para a ANS publicar normas regulamentares acerca da vigência do contrato de planos privados de assistência à saúde e os critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e **rescisão**, nos termos do art. 17-A, §6º.

Desse modo, a 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/ANS 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/ANS 124/06).

Portanto, há expressa **autorização** para a operadora do plano de saúde rescindir unilateral e imotivadamente o contrato coletivo, desde que: i) contenha cláusula expressa sobre a rescisão unilateral; ii) o contrato esteja em vigência por período de pelo menos doze meses; iii) haja a prévia notificação da rescisão com antecedência mínima de 60 dias.

De maneira diferente, entretanto, a própria LPS reservou tratamento específico em relação aos planos individuais/familiares, ao dispor a **vedação** da “suspensão ou a rescisão unilateral do contrato, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência” (art. 13, II).

A própria redação do artigo já indica que as vedações elencadas no art. 13 dizem respeito apenas aos planos de saúde contratados individualmente, sem qualquer ampliação para os planos de saúde contratados sob o regime coletivo.

Nesse caminho, a Terceira Turma já decidiu que “a vedação de suspensão e de rescisão unilateral prevista no art. 13, parágrafo único, II, da Lei nº 9.656/1998 aplica-se somente aos contratos individuais ou familiares” (REsp 1471569/RJ, DJe 07/03/2016).

### **3. Dos contratos coletivos firmados com micro-empresas ou empresas de pequeno porte. Dirigismo contratual em planos privados de assistência à saúde suplementar**

Como visto, as normas que regem os planos privados de assistência à saúde estabelecem os tratamentos distintos entre os planos coletivos (empresarial

ou por adesão) e individuais/familiares.

A Terceira Turma já se pronunciou no sentido de que “no plano coletivo empresarial, a empresa ou o órgão público tem condições de apurar, na fase pré-contratual, qual é a massa de usuários que será coberta, pois dispõe de dados dos empregados ou servidores, como a idade e a condição médica do grupo. Diante disso, considerando-se a atuária mais precisa, pode ser oferecida uma mensalidade inferior àquela praticada aos planos individuais” (REsp 1471569/RJ, DJe 07/03/2016).

As benesses da contratação sob o regime coletivo de plano de saúde influenciam, inclusive, o grau de intervencionismo da ANS na relação contratual. Parte-se do pressuposto de que as pessoas jurídicas contratantes têm maior autonomia para efetuar negociações com as operadoras e lograr condições mais favoráveis à população de beneficiários para a qual opera.

Tome-se como exemplo o fato de que estão sujeitos à **autorização de reajuste** pela ANS apenas os planos individuais/familiares, conforme procedimento disciplinado pelos arts. 2º ao 11 da RN ANS 171/08, inclusive com previsão do índice de reajuste máximo autorizado pela Diretoria Colegiada da ANS. Em relação aos planos coletivos, no entanto, a ANS exige apenas o **comunicado de reajuste** realizado com as pessoas jurídicas, sem estabelecer maiores intervenções nas tratativas estabelecidas entre operadora e pessoa jurídica contratante.

Nesse cenário, é de bom alvitre mencionar que a ANS regulamentou a figura da Administradora de Benefícios, isto é, a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos e que acumula uma série de atividades estritamente previstas na RN ANS 196/09. Esta atuação, sem dúvidas, veio a intensificar a comercialização dos



planos de saúde coletivos para população vinculada às pessoas jurídicas.

Sem adentrar especificamente nas respectivas obrigações individuais da matéria, percebe-se uma ampla teia de relações jurídicas a envolver operadoras de plano de saúde, administradoras de benefícios, prestadores de serviços (contratados, referenciados ou credenciados), pessoas físicas e jurídicas contratantes dos planos de saúde coletivo ou individual/familiar e, enfim, os próprios beneficiários finais dos serviços de assistência à saúde suplementar privada.

De acordo com dados divulgados em sítio eletrônico da ANS, ao retratar o panorama do setor de saúde suplementar nacional, existem 1.055 operadoras de planos de saúde ativas e 47,3 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, quantia equivalente a 24,5% da população brasileira (<http://www.ans.gov.br/18anos> - acesso em 15/02/2018).

Longe de esgotar o complexo campo da saúde suplementar, a controvérsia dos autos evidencia um problema que reclama solução espontaneamente calculada (para expressá-la por meio de um oxímoro). Isso porque não transparece suficiente a mera subsunção do fato à norma em raciocínio desprovido de ponderação das reais necessidades prático-normativas em matéria de planos privados de assistência à saúde.

Trata-se de noção consolidada em âmbito doutrinário denominada **dirigismo contratual**, a qual, nas palavras de Arnaldo Rizzardo, revela que “há necessidade do Estado em intervir nas disposições dos negócios e reduzir a liberdade contratual, impedindo a celebração de determinadas obrigações, adscrevendo cláusulas diretórias, negando valor a objetivos leoninos, exigindo certas contraprestações e disciplinando preferências” (Contratos. Rio de Janeiro: Forense, 2010, p.33).

Esta compreensão já foi incorporada em sede jurisprudencial

conforme as peculiaridades dos recursos julgados no STJ (REsp 1403272/RS, Terceira Turma, DJe 18/03/2015; REsp 1317528/PR, Terceira Turma, DJe 19/09/2016; REsp 936.741/GO, Quarta Turma, DJe 08/03/2012; REsp 1169334/RS, Quarta Turma, DJe 29/09/2011).

#### **4. Dos concretos contornos da controvérsia em exame e da sua solução normativamente adequada**

ZITO BRAGA DA SILVA – ME, ora recorrida, é uma pessoa jurídica que em **13/12/1995** contratou plano de saúde com a recorrente NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A, em favor de Zito Braga da Silva e Ana Pereira da Silva, sua esposa.

Decorridos cerca de 20 anos de relação contratual, em **02/04/2015**, a recorrida foi notificada da rescisão do contrato coletivo com a alternativa de migração para um novo plano de saúde, cuja contraprestação pecuniária do casal “passaria dos atuais R\$ 408,06 para R\$ 863,68” (e-STJ fl. 5). Em razão da rescisão unilateral e imotivada, a beneficiária Ana Pereira Silva teve interrompido o tratamento da enfermidade Herpes Zoster.

Após a judicialização da controvérsia, em ação ajuizada em 22/05/2015, a recorrida alcançou o deferimento de tutela antecipada (e-STJ fls. 66-67) com a manutenção do plano de saúde e a continuidade da prestação de serviços nos moldes contratados. Esta medida foi confirmada em sentença (e-STJ fls. 174-177) e em acórdão do TJ/SP (e-STJ fls. 240-246).

Esse dados fáticos estão presentes nos autos e independem de qualquer revisão por esta Corte.

Assentada a questão-de-fato, cabe neste momento verificar o propósito recursal em ver reconhecida como válida a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo empresarial por parte da operadora de plano de saúde

em face de microempresa com apenas dois beneficiários.

Registre-se que a recorrente limitou o propósito do recurso especial acerca da violação exclusivamente do artigo 13, parágrafo único, II, da LPS. Não se questionou, sequer em primeiro e segundo graus de jurisdição, se o contrato celebrado entre as partes em 1995 foi adaptado ao novo sistema instituído pela Lei 9.656/98 (art. 35). Essa informação é relevante sobretudo ao considerar que o STF, em sessão plenária realizada em 07/02/2018, declarou inconstitucionais os arts. 10, §2º e 35-E da LPS, os quais previam a incidência das novas regras relativas aos planos de saúde em contratos celebrados anteriormente à vigência da Lei 9.656/98. Assim, diante dos fatos cristalizados de maneira soberana pelo Tribunal de origem, tem-se que incidem na espécie as disposições da LPS e da RN ANS 195/09.

Conforme anotado acima, a simples subsunção do fato à norma implicaria dizer que por se tratar de contrato coletivo bastaria a notificação prévia da pessoa jurídica para consolidar a rescisão contratual unilateral e imotivada. Esta seria a solução dedutiva do disposto no art. 17, parágrafo único, da RN ANS 195/09, cujo fundamento legal estaria previsto nos arts. 4º, II, XIII, XXXII, 10, II, da Lei 9.961/00.

Entretanto, para além da circunstância fática de se tratar de contrato coletivo empresarial, deve ser ressaltado que a pessoa jurídica contratante é uma “empresa individual e são apenas dois os beneficiários do contrato e hipossuficientes frente à operadora do plano de saúde” (e-STJ fl. 244).

Essa informação demonstra que, sob a ficção de a contratação ter ocorrido entre duas pessoas jurídicas de igual força no mercado, em verdade, ocorreu a estipulação de um contrato em favor de um casal a partir de uma figura de empresário individual, que curiosamente, encontra-se com situação cadastral baixada junto à Receita Federal. O comprovante de inscrição e de situação

cadastral de pessoa jurídica está nos autos e foi colacionado em conjunto com a petição inicial (e-STJ fl. 18).

As figuras da pessoa jurídica contratante e o efetivo beneficiário do plano de saúde estão tão aproximadas que até mesmo a procuração foi firmada em nome próprio por Zito Braga da Silva (e-STJ fl. 22), quando na verdade a ação foi proposta por Zito Braga da Silva – ME. Além disso, a narrativa dos fatos sempre ocorre em atenção à condição de idoso do beneficiário, característica que naturalmente aplica-se apenas à pessoa física. Mais do que uma atecnia formal, esses dados demonstram que o contrato entabulado entre as partes tem natureza, em verdade, individual/familiar e não coletiva empresarial.

Toda construção da Lei dos Planos de Saúde, bem como a própria estruturação do conceito dos planos coletivos e individuais delineada RN ANS 195/09 estão voltados para o elemento central acerca da **população** vinculada a uma pessoa jurídica, seja por vínculo empregatício/estatutário, seja por vínculo profissional, classista ou setorial.

Ora, a contratação por uma microempresa de plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários.

Sem a pretensão de dizer matematicamente a quantidade de pessoas necessárias à configuração de uma coletividade de beneficiários (não se trata de problema gnosiológico, senão questão substancialmente ética), torna-se sensível e absolutamente particular a situação dos autos, em que um casal, após vinte anos de assistência privada à saúde, recebe uma notificação, **imotivada**, da rescisão unilateral do plano de saúde para o qual contribuíram diligentemente anos-a-fio, sobretudo em delicado momento no qual um beneficiário se encontra em tratamento de doença (Herpes Zoster) e o outro se encontra na especial condição

de idoso.

Quando surge uma peculiaridade relevante a justificar um tratamento diferenciado, é indispensável estabelecer um raciocínio jurídico que ultrapassa a mera subsunção do fato à norma, para estabelecer um juízo analógico diante do que Castanheira Neves denomina como um confronto entre problemas – a intencionalidade problemática da norma e a intencionalidade problemática do caso. Nas palavras do autor da Escola Metodológica de Coimbra:

O que decide é o confronto entre problemas – entre o tipo de problema da norma e a índole do problema concreto do caso – não a identidade de situações – a situação prevista na hipótese da norma e a situação concreta. O que tem esta consequência fundamental: o critério enunciado, se vai implicado pela racionalidade prático-normativa do direito, metodologicamente deixa de exigir uma rigorosa coincidência entre a relevância hipotética da norma-prescrição e a relevância concreta do caso: a norma é aplicável, como critério de juízo, desde que haja entre os problemas, isto é, desde que o problema para que a norma quer oferecer uma solução jurídica se possa considerar da mesma índole do problema do caso concreto, e ainda que os âmbitos de relevância não coincidam ou sejam diferentes. (NEVES, 1993, p.175)

Nesse contexto, o problema que a norma prevista no art. 13, parágrafo único, II, da LPS pretende resolver é justamente a situação de hipossuficiência do elo mais frágil da relação que não tem condições de participar efetivamente das obrigações decorrentes do contrato de assistência à saúde. O problema da hipótese concreta, por sua vez, ilustra perfeitamente a situação de um casal que em delicado momento da vida se encontra desguarnecido de proteção, ante a conduta desmotivada e unilateral da operadora que rescinde o contrato de plano de saúde. Este confronto entre problemas, da espécie à norma, revela um tratamento de matriz analógica adequado à oferecer solução específica ao recurso especial.

Vale dizer, a rescisão unilateral e imotivada de plano de saúde coletivo empresarial por parte da operadora em face de microempresa com

apenas dois familiares surge como abuso de direito. A resposta à situação de abuso encontra-se na aplicação excepcional da proteção conferida aos planos de saúde individuais, pois de acordo com as concretas peculiaridades da hipótese em julgamento, a contratação ocorreu na modalidade familiar e não coletiva, como formalmente aparece.

Para além desse raciocínio, é interessante a reflexão desta Corte no sentido de que “efetivamente, a possibilidade de denúncia “por qualquer das partes” gera uma falsa simetria entre os contratantes, um sinalagma cuja distribuição obrigacional é apenas aparente. Para se verificar a equidade derivada da cláusula, na verdade, devem ser investigadas as consequências da rescisão desmotivada do contrato, e, assim, descortina-se a falácia de se afirmar que a rescisão unilateral era garantia recíproca na avença” (REsp 1555202/SP, Quarta Turma, DJe 16/03/2017).

Desse modo, não se verifica a violação do art. 13, parágrafo único, II, da LPS pelo Tribunal de origem, pois a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar.

A título de *obiter dictum*, vale a nota de que não se pretende desnaturar os contratos coletivos celebrados com empresas de pequeno porte, até mesmo porque a própria ANS publicou a RN 432, de 27 de dezembro de 2017, para disciplinar a contratação de plano de saúde por empresário individual. Essa recente publicação demonstra a especialidade de causas desse jaez e como eram indispensáveis adaptações em seu tratamento.

Frise-se que as razões que justificam a diferenciação entre planos coletivos e familiares permanecem justificadas no sistema normativo afeto à saúde suplementar. No particular, tão somente as peculiaridades objetivamente evidenciadas pelo acórdão recorrido exigiram uma solução adequada à crise de

direito material estabelecida entre os litigantes.

Igualmente, o propósito recursal não deve ser acolhido pela alínea “c” do permissivo constitucional, ante a ausência de similitude fática entre os acórdãos tidos por divergentes. Na presente hipótese há elementos concretos que demonstram a celebração de um contrato familiar e não coletivo, de maneira que resta inviável a apreciação do dissídio jurisprudencial.

Por fim, considerando que não houve impugnação do capítulo condenatório referente à compensação dos danos morais, deve ser mantida a conclusão do Tribunal de origem quanto ao ponto.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/15, considerando o trabalho adicional imposto ao advogado da parte recorrida em virtude da interposição deste recurso, majoro os honorários fixados anteriormente em R\$ 1.000,00 (e-STJ fl. 177) para R\$ 1.500,00.

Forte nessas razões, CONHEÇO do recurso especial e NEGO-LHE PROVIMENTO, com majoração dos honorários advocatícios recursais.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO  
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2017/0254416-7      **PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.701.600 / SP**

Números Origem: 00031928320158260108 31928320158260108

PAUTA: 06/03/2018

JULGADO: 06/03/2018

**Relatora**

Exma. Sra. Ministra **NANCY ANDRIGHI**

Presidente da Sessão

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

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. **ROGÉRIO DE PAIVA NAVARRO**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

**AUTUAÇÃO**

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A  
ADVOGADOS : DANILO LACERDA DE SOUZA FERREIRA E OUTRO(S) - SP272633  
IGOR PEREIRA TORRES - SP278781  
RECORRIDO : ZITO BRAGA DA SILVA - ME  
ADVOGADOS : MÁRCIO PESSINI RAIMUNDO E OUTRO(S) - SP223135  
JULIO CESAR DE SOUZA - SP238270

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 Turma, por unanimidade, conheceu do recurso especial e negou-lhe provimento, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a).

Os Srs. Ministros Paulo de Tarso Sanseverino, Ricardo Villas Bôas Cueva, Marco Aurélio Bellizze (Presidente) e Moura Ribeiro votaram com a Sra. Ministra Relatora.