

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

STJ – REsp 1.269.757/MG – 4.^a T. – j. 03.05.2016 – v.u. – rel. Min. Luis Felipe Salomão – DJe 31.05.2016 – Área do Direito: Civil.

PLANO DE SAÚDE – Necessidade de inscrição de recém-nascido para atendimento – Inadmissibilidade – Assistência ao recém-nascido que deve ser prestado nos primeiros trinta dias após o parto – Qualidade de filiado de um dos genitores, ademais, que configura a única condição exigível para a prestação dos serviços.

Veja também Jurisprudência

- RT 887/233 (JRP\2009\374) e RT 802/198 (JRP\2002\2358).

Veja também Doutrina

- Ação ordinária – Cláusula contratual em contrato de assistência médica – Art. 54, § 4.º, do CDC – Filho adotivo – Procedência, de Carlos Alberto Alves da Rocha – RDC 22/271-271 (DTR\2011\3956).

REsp 1.269.757 – MG (2011/0128644-5)

Relator: Min. Luis Felipe Salomão

Recorrente: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda – ad-

vogado: Maria Laura Vidigal e Outro(s)

Recorrido: Junio Lacerda Rodrigues – advogado: Marilene de Fátima Silva Diniz e Outro(s)

*Ementa:*¹ Recurso especial. Assistência à saúde. Financiamento público e privado. Lei 9.656/1998. Planos de saúde. Coberturas mínimas impostas por

1. Nota do Editorial: O conteúdo normativo no inteiro teor do acórdão está disponibilizado nos exatos termos da publicação oficial no site do Tribunal.

lei. Atendimento obstétrico. Assistência ao recém-nascido nos primeiros trinta dias após o parto. Desnecessidade de inscrição do neonato. Recurso não provido.

1. *O modelo de assistência à saúde adotado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o Poder Público e instituições privadas. Essa a opção feita pela Constituição de 1988, que, em seu art. 197, classificou as ações e serviços de saúde como de relevância pública, cuja execução pode se dar diretamente pelo Poder Público ou, sob sua fiscalização e controle, pela iniciativa privada.*

2. *A Lei 9.656/1998 regulamenta as atividades de financiamento privado da saúde e define em seu art. 1.º que Plano Privado de Assistência à Saúde é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica.*

3. *O plano-referência previsto no art. 10 daquela lei é o produto sem cuja oferta à contratação nenhuma operadora ou administradora poderá, sequer, obter o registro para funcionar, com previsão mínima de cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar.*

4. *Nos termos do art. 12 da Lei de Planos e Seguros de Saúde, é facultada a oferta e contratação do plano-referência, com a inclusão de atendimento obstétrico (inc. III), quando, então, deverá ser garantida cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; independentemente de estar inscrito no plano, inexistindo quaisquer outras condições para que sejam prestados aqueles serviços, além da qualidade de filiado de um dos seus genitores.*

5. *Recurso especial não provido.*

COMENTÁRIO

COMENTÁRIOS SOBRE A COBERTURA ASSISTENCIAL AO RECÉM-NASCIDO E A JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RESUMO: Trata-se de comentário à decisão proferida pela 4.ª T. do STJ, em 03.05.2016, que versa sobre a obrigatoriedade de cobertura assistencial a recém-nascido pela operadora de plano de assistência à saúde de seu pai, nos primeiros 30 dias de vida, mesmo sem o plano ter custeado o parto.

PALAVRAS-CHAVE: Consumidor – Planos de saúde – Código de Defesa do Consumidor.

1. INTRODUÇÃO

O presente comentário refere-se ao REsp 1.269.757/MG (2011/0128644-5), julgado pela 4.^a T. do STJ, originário do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, de ação ajuizada pelo pai de neonato, que nasceu com problemas respiratórios, e a operadora de plano de assistência à saúde, que negou cobertura de tratamento médico, pelo fato de o parto não ter sido custeado por ela. A decisão foi proferida em 3 de maio de 2016, por unanimidade, negando provimento ao recurso especial, nos termos do voto do rel. Sr. Min. Luis Felipe Salomão, ao determinar que a operadora garanta a cobertura assistencial ao recém-nascido em seus primeiros 30 dias de vida.

Para tanto, inicialmente, abordar-se-á as inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988 ao ordenamento jurídico, especialmente no que se refere às questões de saúde e da proteção do consumidor. A seguir, comentar-se-á sobre o Código de Defesa do Consumidor, demonstrando que a prestação de serviços através dos planos de saúde configura-se uma relação de consumo. Depois, tratar-se-á sobre a Lei dos Planos de Saúde e sua regulamentação, no que diz respeito à cobertura de assistência à saúde aos recém-nascidos. Por fim, apresentar-se-á os comentários ao referido Recurso Especial, demonstrando que a decisão está de acordo com a legislação vigente à luz da proteção do consumidor.

2. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Cabe inicialmente comentar que, no Brasil, a Constituição Federal de 1988, no campo da saúde, mostra-se um documento bastante moderno, ao conferir nova dimensão aos sistemas públicos de proteção social. A saúde tomou parte da definição de seguridade social, em seu art. 194, CF/1988, como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social".

Saúde é, pois, um direito social básico, fundada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Segundo o art. 196, CF/1988, saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Nesse sentido, a política estatal na área de saúde deve proporcionar o acesso a todos, propiciando a redução de desigualdades e não podendo criar quaisquer distinções entre os brasileiros.

A Constituição trata as ações e serviços de saúde com o enfoque do bem-estar social, definindo claramente que o sistema que adotou envolve tanto a participação do setor público como da iniciativa privada na assistência à saúde. A prestação dos serviços pode se dar pelo Estado diretamente ou através da iniciativa privada, conforme o art. 199, CF/1988, não havendo, portanto, monopólio estatal nesse setor. No entanto, dada à sua relevância pública, as ações e serviços de saúde devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público, segundo o art. 197, CF/1988.

O sistema de saúde brasileiro se caracteriza, portanto, por seu hibridismo, sendo marcante a interação entre os serviços públicos e a oferta privada na conformação da prestação de serviços de assistência à saúde, dando origem a dois subsistemas. De um lado está o subsistema público, que incorpora a rede própria e a conveniada/contratada ao Sistema Único de Saúde – SUS e, de outro, está o subsistema privado, que agrupa a rede privada de serviços de assistência à saúde e a cobertura de risco pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

O sistema privado de saúde engloba a prestação direta dos serviços por profissionais e estabelecimentos de saúde ou a intermediação dos serviços, mediante a cobertura dos riscos da assistência à saúde pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Em relação à proteção do consumidor, nossa Constituição também foi moderna, ao alçá-la como garantia de linhagem constitucional. O Direito do Consumidor foi tratado em nossa Carta Maior, em vários de seus dispositivos, destacando-se primeiramente como item da cesta de direitos individuais e coletivos, conforme expressa o art. 5.º, XXXII da CF/1988, ao determinar o dever do Estado brasileiro de promover na forma da lei, a defesa do consumidor. Nesse sentido, o art. 48 das Disposições Transitórias dita, pontualmente, a elaboração do Código de Defesa do Consumidor. A defesa do consumidor foi elevada à categoria de princípio informador da ordem econômica brasileira, por força do mandamento inscrito no art. 170, V, da CF/1988.

3. O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

O Código de Defesa do Consumidor – CDC, materializado na Lei 8.078, de 11.09.1990, e regulamentado pelo Dec. 2.181, de 20.03.1997, é o primeiro regramento específico do mercado de consumo no direito brasileiro, estabelece normas de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social.¹ Com efeito, suas regras não podem ser contrariadas nem por vontade das partes, pois são imperativas, obrigatórias e inderrogáveis. Ele abrange toda a coletividade de consumidores e sobrepõe aos interesses da sociedade, vista em conjunto, aos dos particulares.

O CDC tem raiz constitucional, todo o princípio da proteção acha-se constitucionalmente assegurado. Para Nelson Nery Júnior,² o CDC criou um microsistema próprio, por se colocar, no ordenamento, como lei principiológica, pelo que a ela devem se subordinar todas as leis específicas quando tratar de questões que atinem a relações de consumo.

Os princípios fundamentais reitores das relações de consumo, que devem orientar todo o sistema jurídico, estão dispostos nos primeiros sete artigos do CDC, e alguns merecem ser comentados neste artigo, dentre eles a vulnerabilidade do consumidor; a boa-fé objetiva, a transparência e a informação.

O CDC reconhece a vulnerabilidade do consumidor, pela constatação de ser ele o elo mais fraco da relação jurídico-contratual, pois quem detém o conhecimento técnico do produto ou serviço colocado no mercado de consumo é o fornecedor.

A harmonização dos interesses dos participantes das relações de consumo sempre com base na boa-fé objetiva, na equidade e no equilíbrio. Cabe esclarecer que a boa-fé trazida pelo CDC possui acepção diversa da clássica, de natureza subjetiva, tratada como um estado de consciência individual de agir de modo a não prejudicar a outra parte. No CDC, a boa-fé é objetiva, denota a conduta social, observando os valores éticos, de lealdade, honestidade, probidade. Esse princípio, em comum com o da equidade e o equilíbrio, é o princípio fundamental das relações jurídicas de consumo.

O princípio da transparência traduz-se na imposição ao fornecedor do dever de ofertar e apresentar produtos e serviços, assegurando informações corretas, claras, precisas, ostensivas e em língua portuguesa.

Vinculados à transparência nas relações de consumo está o princípio da informação ao consumidor, sobre seus direitos e deveres, bem como sobre o produto ou serviço, no tocante a suas características, composição, qualidade, preço e riscos apresentados, relatórios com dados mensurados e analisados, na medida em que a informação correta permite ao consumidor contratar com segurança.

1. Conforme expresso no art. 1.º, CDC.

2. GRINOVER et al, 1999, p. 432.

A matéria regulada pelo CDC é a relação de consumo, assim entendida a relação jurídica existente entre dois sujeitos: o consumidor³ e o fornecedor,⁴ tendo por objeto a aquisição de produtos⁵ ou utilização de serviços.⁶

Esses requisitos devem necessariamente coexistir para aplicar o CDC. Se alguns destes requisitos não se enquadrarem não há relação de consumo e não se aplica o CDC.

4. A RELAÇÃO DE CONSUMO NOS PLANOS DE SAÚDE

No que se refere à relação jurídica de consumo nos planos de saúde,⁷ entende-se o consumidor, como o titular de planos de saúde, os seus dependentes, os agregados, os beneficiários, os usuários, ou seja, todos os que utilizam ou adquirem planos de saúde como destinatários finais ou equiparados, e o fornecedor, as operadoras de planos de assistência à saúde, aquelas que oferecem serviços de assistência à saúde, através dos planos de saúde no mercado de consumo, estão amparados pelo CDC. Portanto, os consumidores de planos de saúde têm o direito de ver reconhecidos todos os direitos e princípios assegurados pelo Código de Defesa do Consumidor.

5. OS PLANOS DE SAÚDE

Dez anos após a promulgação da Constituição Federal e oito da edição do Código de Defesa do Consumidor, dá-se a entrada do marco regulatório do sistema de saúde privado, também chamado supletivo ou suplementar. Surgiu com aprovação da Lei 9.656, de 03.06.1998, e das Medidas Provisórias que sucessivamente a alteraram, hoje em vigor a Medida Provisória 2.117-44, de 24.08.2001, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, os chamados Planos de Saúde, incluindo também, nessa terminologia, os Seguros-Saúde, que aguarda, até hoje, deliberação do Congresso Nacional. Antes, a normatização desse setor só existia para o seguro-saúde⁸ e, mesmo assim, apenas nos aspectos econômico-financeiros dessa atividade.

Esse setor, a partir de 2000, passou a se submeter à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, incumbida de fiscalizar, regulamentar e monitorar o mercado de saúde suplementar, no intuito de inibir práticas lesivas ao consumidor e estimular comportamentos que reduzam os conflitos e promovam a estabilidade do setor.

Cabe comentar, sucintamente, que as Agências Reguladoras, dentro de suas competências legais, podem regulamentar as normas emanadas pelo Poder Legislativo, ou seja, podem editar regulamentos respeitando a lei. No entanto, a regulamentação de uma lei não pode ultrapassar os limites por ela impostos, não podendo inovar na ordem jurídica, não se pode criar ou extinguir direitos. Todos os atos administrativos encontram-se submetidos aos ditames legais, sob pena de ser considerados ilegais e inválidos.

3. Arts. 2.º; 2.º, parágrafo único; 17 e 29, CDC.

4. Art. 3.º, CDC.

5. Art. 3.º, § 1.º, CDC.

6. Art. 3.º, § 2.º, CDC.

7. Planos privados de assistência à saúde, conhecidos como planos de saúde, incluindo, também, nessa terminologia, os seguros-saúde.

8. Dec-Lei 73/1966 e Resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados.

Nesse diapasão, ensina-nos Leila Cuellar⁹ que "os regulamentos não podem desrespeitar as normas e princípios de direito que lhe são superiores. É-lhes vedado modificar, suspender, derrogar ou revogar as normas e princípios constitucionais, ou contrariar a lei, entendida em sentido amplo". Portanto, a ANS, ao editar seus normativos, deve observar o Código de Defesa do Consumidor e a Lei dos Planos de Saúde.

A Lei 9.656/1998 impõe uma disciplina específica para as relações de consumo na saúde suplementar, mediante o disciplinamento da cobertura assistencial, abrangência dos planos, rede credenciada, procedimentos e eventos cobertos e não cobertos, carências, doenças e lesões preexistentes e cumprimento de cláusulas contratuais, além de estabelecer normas de controle de ingresso e permanência e saída das operadoras nesse mercado, estabelecer normas relativas à solvência e liquidez dessas operadoras, a fim de preservar sua sustentabilidade e transparência.

5.1 A Lei 9.656/1998 à luz do Código de Defesa do Consumidor

A Lei 9.656/1998, que trata sobre os planos de saúde, em seu art. 35 G dispôs que se aplicam subsidiariamente aos contratos de planos privados de assistência à saúde as disposições da Lei 8.078/1990, isto é, o Código de Defesa do Consumidor, *in verbis*:

Art. 35-G. Aplicam-se subsidiariamente aos contratos entre usuários e operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei as disposições da Lei no 8.078, de 1990.

O Código de Defesa do Consumidor, como já se disse, é lei geral principiológica e se aplica a toda relação de consumo, a Lei 9.656/1998, por sua vez, é especial que regula os planos de saúde e expressamente menciona a aplicabilidade do CDC. No entanto, o legislador não foi apropriado ao determinar que a aplicação do CDC aos planos de saúde é subsidiária. A terminologia adequada à aplicação do CDC deveria ser complementar.

Nesse diapasão, cabe recorrer a Cláudia Lima Marques¹⁰ que, ao comentar a questão, assinala: "Este art. da lei especial não está dogmaticamente correto, pois determina que norma de hierarquia constitucional, que é o CDC (art. 48 ADCT/CF88), tenha apenas aplicação subsidiária a normas de hierarquia infraconstitucional, que é a Lei 9.656/98, o que dificulta a interpretação da lei e prejudica os interesses dos consumidores que queria proteger. Sua *ratio* deveria ser a de aplicação cumulativa de ambas as leis, no que couber, uma vez que a Lei 9.656/98 trata com mais detalhes os contratos de planos privados de assistência à saúde do que o CDC, que é norma principiológica e anterior à lei especial. Para a maioria da doutrina, porém, a Lei 9.656/98 tem prevalência como lei especial e mais nova, devendo o CDC servir como lei geral principiológica a guiar a interpretação da lei especial na defesa dos interesses do consumidor, em especial na interpretação de todas as cláusulas na maneira mais favorável ao consumidor (art. 47 do CDC). Particularmente defendo, em visão minoritária, a superioridade hierárquica do CDC" (grifou-se).

Nesse sentido, entende-se, ser perfeitamente admissível a aplicação cumulativa e complementar da Lei 9.656/1998 e do CDC aos planos de saúde. Da lei geral extraem-se os comandos principiológicos

9. Leila Cuellar. *As agências reguladoras e seu poder normativo*. São Paulo: Dialética, 2001, p. 124.

10. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor: o novo regime das relações contratuais*. 4. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Ed. RT, 2002, p. 548.

aplicáveis à proteção do consumidor, ao passo que à legislação específica caberá reger, de forma minudenciada, os planos de saúde.

Percebe-se, claramente, que a intenção do legislador foi a de reforçar a incidência do Código de Defesa do Consumidor ao regular os planos de saúde. Mas, como já comentado, utilizou terminologia equivocada. No entanto, mesmo se não houvesse qualquer menção ao Código de Defesa do Consumidor na Lei 9.656/1998, ele estaria subjacente, por ter raiz constitucional e se tratar de lei principiológica.

Desse modo, qualquer lei especial que vier regular um segmento específico que envolva, em um polo, o consumidor e, em outro, o fornecedor, transacionando produtos e serviços, terá de obedecer à Lei Consumerista, ainda que não haja remissão expressa. Como ensina Rizzatto Nunes:¹¹ "(...) na eventual dúvida sobre saber qual diploma legal incide na relação jurídica, no fato ou na prática civil ou comercial, deve o intérprete, preliminarmente, identificar a própria relação: se for jurídica de consumo, incide na mesma a Lei 8.078/1990".

Compartilhando do entendimento de Marcelo Sodré¹² cabe destacar que "as leis de defesa do consumidor, na exata medida em que fixarem princípios a serem perseguidos – e neste caso se tornarem leis principiológicas – terão superioridade em relação às demais leis especiais

Por conseguinte, os consumidores de planos de saúde têm o direito a ver reconhecidos todos os seus direitos e princípios assegurados pelo Código de Defesa do Consumidor.

Cabe salientar que nesse sentido foi publicada a Súmula 469,¹³ aprovada em 24 de novembro de 2010, pela 2.ª Seção do STJ, e publicada no *DJ* de 06.12.2010, dispõe, expressamente: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor, aos contratos de planos de saúde". Tal súmula vem pacificar e uniformizar a interpretação de que o CDC se aplica aos planos de saúde.

5.2 Cobertura assistencial aos recém-nascidos

É sob o pano de fundo exposto que constitui todo o embasamento jurídico que deve ser analisado sob a questão proposta, vejamos:

A Lei dos Planos de Saúde, expressamente, dispõe sobre a cobertura assistencial aos recém-nascidos, conforme seu art. 12, III, alínea *a*:

(...) III – quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto (...) (g.n.)

Tal dispositivo determina que nos planos de saúde com segmentação hospitalar obstétrica, ou seja, que abrange todas as coberturas do plano hospitalar, acrescidas dos procedimentos relativos ao pré-natal e ao parto, é assegurada cobertura assistencial aos recém-nascidos, sejam filhos naturais ou adotivos, durante os primeiros 30 dias de vida. Ou seja, todo recém-nascido em seus primeiros 30 dias de vida tem direito ao atendimento assistencial no plano de seus responsáveis legais, desde que tal plano seja de segmentação hospitalar com atendimento obstétrico e já tenha sido cumprido o prazo da carência legal de 180 dias da assinatura do contrato.

11. Comentários ao Código... cit. p. 86.

12. SODRÉ, Marcelo. *A construção do direito do consumidor*. São Paulo: Atlas, 2009, p. 68.

13. O relator do projeto dessa súmula foi o Ministro Aldir Passarinho Junior.

A lei assegurou aos recém-nascidos ter atendimento assistencial em seus primeiros 30 dias de vida, sem estipular nenhuma condição. Esta cobertura independe do fato da operadora ter custeado ou não o parto ou o bebê ter sido ou não inscrito como dependente no plano de saúde de seus responsáveis. Portanto, qualquer um dos responsáveis legais inscritos em um plano de saúde hospitalar com cobertura obstétrica que tenha cumprido o prazo de carência poderá ter atendimento ao filho recém-nascido, natural ou adotivo, durante os primeiros 30 dias após o parto. A cobertura assistencial a que o bebê terá direito refere-se ao conjunto de procedimentos médicos, de acordo com a Lei 9.656/1998 e o contrato firmado.

Cabe comentar, ainda, no que tange ao recém-nascido, que a Lei 9.656/1998, em seu art. 12, III, *b*, tratou sobre a isenção do cumprimento de carências quando este for inscrito no plano de seus responsáveis legais como dependente, no prazo máximo de 30 dias do nascimento ou da adoção. A ANS editou a Súmula Normativa 25, de 13 de setembro de 2012, para dispor sobre o entendimento vinculativo deste dispositivo legal, em seu item 4.2 comentou que "a inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora".

Nessa esteira, respalda-se a compreensão de que o recém-nascido, nos primeiros 30 dias de seu nascimento, pode ter assegurada cobertura assistencial e a possibilidade de ser inscrito como dependente do plano de um de seus pais, independentemente do parto ter sido custeado pela operadora. O legislador, acertadamente, preocupou-se em dar tratamento diferenciado ao consumidor hipervulnerável recém-nascido.

6. REsp 1.269.757/MG

O pai de um bebê recém-nascido com problemas respiratórios entrou em juízo solicitando a cobertura do tratamento médico que foi negada pela operadora de seu plano privado de assistência à saúde, na segmentação hospitalar com obstetria, pelo fato de não ter custeado o seu parto.

Desde o ajuizamento da ação até o julgamento do Recurso Especial, passaram-se nove anos com pontos controvertidos.

O REsp 1.269.757/MG refere-se à decisão do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, que em decisão monocrática Sr. rel. Min. Luis Felipe Salomão no AgIn 1.384.664/MG (2011/0011845-0), determinou a subida do REsp 1.269.757, em face das circunstâncias que envolvem a controvérsia, conforme a seguinte Ementa:

EMENTA:

"Plano de saúde – Negativa de cobertura – Lei 9.656/1998 – Limitação – Impossibilidade – Recusa injusta – Dano moral configurado – Valor – Honorários advocatícios – A assistência ao recém-nascido filho do segurado nos primeiros 30 dias após o nascimento, em planos que incluem atendimento obstétrico, não está condicionada à cobertura do parto, conforme inteligência da Lei 9.656/1998, a qual não pode ser restringida por contrato ou resolução; – A recusa injusta de internação de recém-nascido que apresenta problemas respiratórios submete o genitor segurado a situação de intensa aflição e angústia num momento de grande fragilidade e que por certo configura o dano de ordem moral; – A indenização por dano moral deve ser fixada levando em consideração as circunstâncias do caso, tais como o grau de culpa do ofensor, a natureza do dano e suas consequências, as condições financeiras das partes, bem como o seu caráter inibidor e compensatório; – Os honorários advocatícios devem ser fixados levando em consideração o grau de zelo causídico, a complexidade de causa; o tempo demandado,

entre outras circunstâncias, de modo a remunerar de forma condizente o trabalho causal!" (fls236/242)

A 4.ª T. do Egrégio STJ¹⁴ ao apreciar o referido Recurso Especial decidiu negar provimento a ele, nos termos do voto do relator e aprovar por unanimidade. Os termos do acórdão,¹⁵ a seguir transcrito:

EMENTA:

"Recurso especial. Assistência à saúde. Financiamento público e privado. Lei 9.656/1998. Planos de saúde. Coberturas mínimas impostas por lei. Atendimento obstétrico. Assistência ao recém-nascido nos primeiros trinta dias após o parto. Desnecessidade de inscrição do neonato. Recurso não provido.

1. O modelo de assistência à saúde adotado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o Poder Público e instituições privadas. Essa a opção feita pela Constituição de 1988, que, em seu art. 197, classificou as ações e serviços de saúde como de relevância pública, cuja execução pode se dar diretamente pelo Poder Público ou, sob sua fiscalização e controle, pela iniciativa privada.

2. A Lei 9.656/1998 regulamenta as atividades de financiamento privado da saúde e define em seu art. 1.º que Plano Privado de Assistência à Saúde é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica.

3. O plano-referência previsto no art. 10 daquela lei é o produto sem cuja oferta à contratação nenhuma operadora ou administradora poderá, sequer, obter o registro para funcionar, com previsão mínima de cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar.

4. Nos termos do art. 12 da Lei de Planos e Seguros de Saúde, é facultada a oferta e contratação do plano-referência, com a inclusão de atendimento obstétrico (inc. III), quando, então, deverá ser garantida cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; independentemente de estar inscrito no plano, inexistindo quaisquer outras condições para que sejam prestados aqueles serviços, além da qualidade de filiado de um dos seus genitores.

5. Recurso especial não provido."

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso tratado no REsp 1.269.757/MG é uma relação jurídica de consumo que se dá entre o pai, representando seu filho dependente, equiparado a consumidor e a operadora de plano de saúde, fornecedora de serviços, amparada pela Constituição Federal, pelo Código de Defesa do Consumidor, pela Lei 9.656/198 e sua regulamentação editada pela ANS.

14. Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Galloti (Presidente), Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro Relator.

15. O Acórdão referente ao REsp 1.269.757/MG foi publicado no *DJe* em 31.05.2016.

A decisão proferida pela Egrégia 4.^a T. do STJ que determina a cobertura assistencial pela operadora de planos de assistência à saúde, vem reforçar o espírito da norma, prevista expressamente, na Lei dos Planos de Saúde, que assegura aos recém-nascidos, cujos pais ou responsáveis legais possuam plano de saúde na segmentação hospitalar com obstetria, o atendimento assistencial médico nos primeiros 30 dias de vida, independentemente de ter custeado o parto.

Nesse diapasão, a decisão dos excelentíssimos senhores magistrados foi adequada em segunda instância e referendada unanimemente no Recurso Especial, ao observarem literalmente o espírito do legislador que consagra o direito de atendimento assistencial ao hipervulnerável consumidor, recém-nascido com problema respiratório.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CUELLAR, Leila. *As agências reguladoras e seu poder normativo*. São Paulo: Dialética, 2001.
- GREGORI, Maria Stella. *Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor*. 3. ed. ver. atual. e ampl. São Paulo: Ed. RT, 2011. (Biblioteca de Direito do Consumidor; v. 31)
- GRINOVER, Ada Pellegrini et al. *Código de Defesa do Consumidor: comentado pelos autores do anteprojeto – Lei 8078, 11 de setembro de 1990*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- MARQUES, Claudia Lima. *Conflitos de leis no tempo e no direito adquirido dos consumidores de Planos e Seguros Saúde*. In: MARQUES, Claudia Lima; LOPES, José Reinaldo Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos (coords.). *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: Ed. RT, 1999 (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 13).
- _____. *Contratos no Código de Defesa do Consumidor e o novo regime das relações contratuais*. 4. ed. ver. atual. e ampl. São Paulo: Ed. RT, 2002. (Biblioteca de Direito do Consumidor, v. 1).
- RIZZATTO NUNES, Luiz Antonio. *Comentários ao Código de Defesa do Consumidor*. São Paulo: Saraiva, 2000.
- SODRÉ, Marcelo. *A construção do direito do consumidor*. São Paulo: Atlas, 2009.

MARIA STELLA GREGORI

Mestre em Direito das Relações Sociais pela PUC-SP. Mestre de Direito do Consumidor da PUC-SP. Ex-Diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Assistente de Direção do Procon-SP. Professora-assistente Advogada. msgregori@uol.com.br

ACÓRDÃO – Vistos, relatados e discutidos estes autos, os Ministros da 4.^a T. do STJ acordam, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas, por unanimidade, negar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro relator. Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti (presidente), Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro relator.

Brasília (DF), 03 de maio de 2016(data do julgamento) – Min. Luis Felipe Salomão, relator

REsp 1.269.757 – MG (2011/0128644-5)
Recorrente: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. – ad-
vogado: Maria Laura Vidigal e Outro(s)

Recorrido: Junio Lacerda Rodrigues – advogado: Marilene de Fátima Silva Diniz e Outro(s)

RELATÓRIO – O Sr. Ministro Luis Felipe Salomão:

1. Junio Lacerda Rodrigues ajuizou ação de indenização por danos materiais e morais em face de Unimed BH – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, pretendendo ressarcimento dos valores gastos com internação de seu filho recém-nascido, em 26 de agosto de 2007, na UTI Neonatal, em virtude de desconforto respiratório apresentado logo após o nascimento e que colocou em risco sua vida. Esclareceu o demandante que era participante do plano de saúde privado contratado pela empresa onde trabalhava, administrado pela ré, e que referido plano era de segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia. Acrescenta que no dia seguinte ao nascimento do filho requereu sua inclusão como dependente no plano de saúde referido.

Narrou o autor que, diante da demora em ser aprovado pelo plano de saúde a internação de seu filho e em face da situação delicada do recém-nascido, permitiu a internação particular na UTI Neonatal, mesmo não dispondo de recursos para custear as despesas que adviriam.

Asseverou que, nos termos da Lei 9.656/1998, o plano de saúde tem o dever de custear o atendimento prestado, nos trinta primeiros dias de vida, sendo, inclusive, dispensável a solicitação de autorização prévia para tanto e que a obrigatoriedade de inscrição se verifica apenas se a internação acontecer após trinta dias do nascimento.

O sentenciante de piso reconheceu a responsabilidade da ré pelos danos materiais e moral experimentados pelo autor, condenando-a ao pagamento de dano material no valor de R\$13.829,20 e dano moral de C\$7.000,00, com as devidas atualizações (f.).

Inconformados, autor e ré interpuseram apelação (f., respectivamente) aos quais se negou provimento, mantendo-se inalterada a sentença apelada, conforme ementa reproduzida abaixo (f.):

Plano de saúde – Negativa de cobertura – Lei 9.656/1998 – Limitação – Impossibilidade – Recusa injusta – Dano moral configurado – Valor – Honorários advocatícios – A assistência ao recém-nascido filho do segurado nos primeiros 30 dias após o nascimento, em planos que incluem atendimento obstétrico, não está condicionada à cobertura do parto, conforme inteligência da Lei 9.656/1998, a qual não pode ser restringida por contrato ou resolução – A recusa injusta de internação de recém – nascido que apresenta problemas respiratórios submete o genitor segurado a situação de intensa aflição e angústia num momento de grande fragilidade, o que por certo configura o dano de ordem moral – A indenização por dano moral deve ser fixada levando em consideração as circunstâncias do caso, tais como o grau de culpa do ofensor, a natureza do dano e suas consequências, as condições financeiras das partes, bem como o seu caráter inibidor e compensatório

– Os honorários advocatícios devem ser fixados levando em consideração o grau de zelo do causídico, a complexidade da causa, o tempo demandado, entre outras circunstâncias, de modo a remunerar de forma condizente o trabalho do causídico.

Irresignada, a apelante/ré, Unimed BH – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., interpôs recurso especial com fulcro nas alíneas *a* e *c* do permissivo constitucional, por negativa de vigência ao art. 12, parágrafo único, III, da Lei 9.656/1998.

Aduz que não pode ser desrespeitada a disposição que vincula a cobertura ao recém-nascido à sua prévia inscrição como dependente do titular do plano, quando o parto não é custeado pela operadora. Argumenta que, não tendo sido o parto custeado pela operadora, esta sequer sabe do nascimento da criança.

Defende a licitude da negativa em prestar atendimento médico ao recém-nascido antes que tenha havido solicitação de sua inclusão na condição de dependente do beneficiário, ora recorrido.

A fim de comprovar a divergência jurisprudencial que alega, o recorrente colaciona julgado do TJRS

Contrarrrazões apresentadas às f.

O recurso recebeu crivo negativo de admissibilidade na origem (e-f. 275-276), ascendendo a esta Corte após o provimento de agravo interposto (e-f.).

O Ministério Público Federal opina pelo não provimento do recurso (f.).

É o relatório.

REsp 1.269.757 – MG (2011/0128644-5)

Relator: Min. Luis Felipe Salomão

Recorrente: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. – ad-

vogado: Maria Laura Vidiçal e Outro(s)

*Recorrido: Junio Lacerda Rodrigues – advogado: Marilene De Fátima
Silva Diniz e Outro(s)*

Ementa: Recurso especial. Assistência à saúde. Financiamento público e privado. Lei 9.656/1998. Planos de saúdes. Coberturas mínimas impostas por lei. Atendimento obstétrico. Assistência ao recém-nascido nos primeiros trinta dias após o parto. Desnecessidade de inscrição do neonato. Recurso não provido.

1. O modelo de assistência à saúde adotado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o Poder Público e instituições privadas. Essa a opção feita pela Constituição de 1988, que, em seu art. 197, classificou as ações e serviços de saúde como de relevância pública, cuja execução pode se dar diretamente pelo Poder Público ou, sob sua fiscalização e controle, pela iniciativa privada.

2. A Lei 9.656/1998 regulamenta as atividades de financiamento privado da saúde e define em seu art. 1.º que Plano Privado de Assistência à Saúde é a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço

estabelecido, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica.

3. O plano-referência previsto no art. 10 daquela lei é o produto sem cuja oferta à contratação nenhuma operadora ou administradora poderá, sequer, obter o registro para funcionar, com previsão mínima de cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar.

4. Nos termos do art. 12 da Lei de Planos e Seguros de Saúde, é facultada a oferta e contratação do plano-referência, com a inclusão de atendimento obstétrico (inc. III), quando, então, deverá ser garantida cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; independentemente de estar inscrito no plano, inexistindo quaisquer outras condições para que sejam prestados aqueles serviços, além da qualidade de filiado de um dos seus genitores.

5. Recurso especial não provido.

VOTO – O Sr. Ministro Luis Felipe Salomão (relator): 2. A controvérsia consiste em definir quanto à extensão da cobertura assistencial devida ao recém-nascido, nos primeiros 30 dias de vida, à luz da Lei 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Quanto ao ponto, manifestou-se o acórdão recorrido nos seguintes termos (f.):

Examinando os autos, observo que carece de razão a apelante principal:

Dispõe o art. 12, III, a, da Lei 9.656/1998:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inc. I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, nas segmentações previstas nos incs. I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

III – quando incluir atendimento obstétrico:

a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

Conforme se observa, quando o plano contratado incluir atendimento obstétrico, caso dos autos, a lei impõe como exigência mínima a cobertura assistencial ao filho recém-nascido do consumidor, durante os primeiros 30 dias após o parto.

A alegação de que tal cobertura somente se aplica caso o parto tenha sido coberto pelo plano não se sustenta, já que a lei não trouxe qualquer restrição nesse sentido.

Ao contrário, a simples leitura do dispositivo acima transcrito permite concluir que o atendimento ao recém-nascido não está vinculado à cobertura do parto.

Isso porque, caso assim fosse, a referida cobertura não abrangeria a assistência ao filho recém-nascido adotivo do consumidor. Ora, se a lei assegura atendimento ao recém-nascido adotivo, por óbvio que tal assistência não pode se condicionar à cobertura do parto, que nesse caso não guardaria relação com os beneficiários do plano.

De se ressaltar que a Res. 02 do Consu da ANS, ao dispor que “às crianças nascidas de parto coberto pela operadora, não caberá qualquer alegação de doença ou lesão preexistente, sendo-lhes garantida a assistência durante os 30 (trinta) primeiros dias de vida dentro da cobertura do plano do titular”, apenas reafirma o direito assegurado a tais crianças, o que não tem o condão de restringir o direito daquelas cujo parto não tenha sido coberto, mesmo porque sequer poderia fazê-lo.

Diante disso, resta claro que o atendimento ao filho do apelante adesivo deveria ter sido assegurado desde o seu nascimento, independentemente de pedido de inclusão do mesmo como dependente do plano, já que se trata de cobertura decorrente da condição de beneficiário de seu pai, ora autor.

3. Como sabido, o modelo de assistência à saúde adotado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o Poder Público e instituições privadas. Essa a opção feita pela Constituição de 1988, que, em seu art. 197, classificou as ações e serviços de saúde como de relevância pública, cuja execução pode se dar diretamente pelo Poder Público ou, sob sua fiscalização e controle, pela iniciativa privada.

Nesse sentido, o dispositivo constitucional:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A opção do Estado pela colaboração de entidades privadas para a promoção dos serviços de saúde deveu-se, principalmente, conforme reiteradamente afirmado pela doutrina especializada, à escassez de recursos necessários ao planejamento e à gestão eficientes dos serviços e ações de saúde, esta, enquanto direito social, orientado pelos princípios da universalidade, gratuidade e assistência integral.

Nessa trilha, o Ministro Sálvio de Figueiredo destacou, como responsáveis pela expansão da previdência privada na assistência à saúde, o crescimento da população e, a meu ver, e na mesma proporção, do contingente assistido, uma vez que na Constituição de 1967 o direito à saúde tinha como titular o trabalhador, e na Carta de 1988 o direito passou a ser de todo brasileiro, assim como as “dificuldades inerentes a uma boa prestação pelo Estado-gestor”. (A responsabilidade civil do médico. In: *Direito e Medicina*. Belo Horizonte: Del Rey, 2000, p. 202).

Também o Ministro Marco Aurélio Mello salientou que “todos esses elementos – deficiência crônica no setor público, avanço vertiginoso dos tratamentos e incremento dos custos – alavancam a importância do setor de saúde suplementar, fundamental para o equacionamento do problema. (CARNEIRO, Luiz Augusto

Ferreira (Coord.). *Planos de saúde: aspectos jurídicos e econômicos*. Rio de Janeiro: Forense, 2012. p. 4)

No Brasil, após considerável lacuna legislativa e indefinição de princípios norteadores, condições e exigências básicas para a atuação do setor privado na área da saúde, foi publicada a Lei 9.656/1998, com as necessárias inovações no sistema normativo e fiscalizador da assistência privada à saúde, dando-lhe organicidade, definindo a natureza de seus operadores e as modalidades de sua atuação.

A referida lei tem como objeto a garantia do direito à assistência à saúde, restringindo-se, portanto, à assistência médica, hospitalar e odontológica, objeto do contrato privado pactuado com as pessoas privadas operadoras de planos e seguros. As normas com morada naquela lei são, assim, espécie de uma rede maior de proteção ao direito à saúde, cuja promoção ocorre também de outras formas.

Nessa esteira, a Lei de Planos de Saúde definiu os limites da responsabilidade assumida pelas operadoras dos planos e seguros, empenhando-se em submeter à regulamentação todas as atividades de financiamento privado da saúde que deveriam ser desenvolvidas. Para alcançar esse objetivo, o legislador precisou valer-se da técnica descritiva das variadas situações, como pode ser visto, por exemplo, do art. 1.º da Lei 9.656/1998 e seu do inc. I.

I – Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

A partir, pois, de uma interpretação sistemática e teleológica de outras disposições da Lei 9.656, é possível alcançar a função social do contrato de plano de assistência à saúde, qual seja a garantia ao beneficiário – que contribui periodicamente para a formação e manutenção do fundo pecuniário do respectivo plano –, de atendimento médico sempre que se verificar a sinistralidade contratualmente coberta, e a segurança de que o custo financeiro pelo procedimento prestado correrá sempre às expensas da respectiva operadora, administradora do fundo.

Nessa linha de entendimento, para garantir o cumprimento daquela função social, a lei valeu-se da determinação de uma série de procedimentos mínimos que deveriam ser oferecidos pelas operadoras dispostas a participar desse mercado.

A lei denominou plano-referência esse conjunto de procedimentos necessários e inegociáveis pela vontade das partes. Essa a conclusão que se extrai da literalidade do art. 10 e seu § 2.º. Confira-se:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamen-

tos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

§ 2.º As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inc. I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei oferecerão, obrigatoriamente, a partir de 3 de dezembro de 1999, o plano-referência de que trata este artigo a todos os seus atuais e futuros consumidores.

Com efeito, o plano-referência é verdadeiro plano básico, produto sem cuja oferta à contratação nenhuma operadora ou administradora poderá, sequer, obter o registro para funcionar. Seu oferecimento é obrigatório, exceto na autogestão.

De certo, o objetivo perseguido pela lei, quando da criação do plano-referência, foi tornar óbvias as obrigações das operadoras e, na mesma linha, as cláusulas de exclusão de cobertura, para que o contrato firmado não se mostrasse iníquo para o consumidor, principalmente no momento em que necessitasse de assistência.

Assim, a regulamentação mínima imposta, consistente no estabelecimento de regras de natureza cogente de restrição à liberdade dos agentes econômicos, mostrou-se aconselhável, dado o caráter público dos interesses envolvidos.

Maury Bottesini e Mauro Machado, em obra sobre o tema, manifestaram-se sobre o plano referência:

A experiência na aplicação das Resoluções da ANS e do Consu, juntamente com as normas da Lei 9656/98 permite afirmar que o plano básico, denominado plano referência pelo art. 10, sob exame, é o ideal visado pelo Ministério da Saúde como necessário ao atendimento das necessidades básicas da população, no que diz respeito às metas programáticas postas da Constituição Federal a respeito da saúde, especificamente nos arts. 196 e 200. (*Lei dos planos e seguros de saúde comentada artigo por artigo*. 2 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: RT, 2005. p. 92)

4. De outra parte, o art. 12 do mesmo diploma legal prevê as modalidades de planos de saúde, na nomenclatura da lei, os segmentos, e, nessa extensão, os serviços mínimos compreendidos em cada uma das quatro modalidades estabelecidas.

Na trilha do mecanismo desenvolvido pela lei, as operadoras de planos e seguros necessariamente oferecerão um serviço mínimo base, conforme descrito no art. 10 (reproduzido acima), e a partir desse padrão, novos serviços poderão ser somados, agora tendo como referência as especificações das modalidades ou segmentações:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inc. I e o § 1.º do art. 1.º desta Lei, nas segmentações previstas nos incs. I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I – quando incluir atendimento ambulatorial;

- II – quando incluir internação hospitalar;
- III – quando incluir atendimento obstétrico;
- IV – quando incluir atendimento odontológico.

Conclui-se, destarte, que é facultada a oferta e contratação do plano-referência, com inclusão de atendimento obstétrico (inc. III), quando, então, deverão ser respeitadas as seguintes exigências mínimas:

- a) cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;
- b) inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção;

Assim, nos exatos termos da Lei 9.656/1998, o plano hospitalar que assegurar atendimento obstétrico deve garantir cobertura assistencial ao recém-nascido durante os primeiros trinta dias após o parto. Nesses casos, a lei acrescenta que o recém-nascido pode ser filho natural ou adotivo do beneficiário. Ainda, somada a essa cobertura, a lei assegura a possibilidade de inscrição do recém-nascido no plano ou seguro, como dependente, dispensado, inclusive o cumprimento dos períodos de carência e, aqui sim, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento (art. 12, III, b).

Silvio Luís Ferreira Rocha, analisando a Lei de Seguros e Planos de Saúde, na obra *Saúde e responsabilidade*, sob a coordenação da professora Cláudia Lima Marques, no que respeita à disciplina do atendimento obstétrico, salientou, inclusive, a necessidade de se compreender a cobertura ao recém-nascido em maior extensão e, nessa linha, defende que a lei merece reparos, apontando-os:

Primeiro, dificilmente a adoção do recém-nascido pelo beneficiário ocorrerá no prazo de 30 (trinta) dias. A norma, portanto, disse menos do que queria dizer.

(...)

Segundo, pode ocorrer que o recém-nascido permaneça em tratamento por mais de trinta dias após o parto. Nos termos em que foi redigida, a norma permite que as operadoras transfiram a responsabilidade pelo custo do tratamento do recém-nascido para os pais ou responsável ultrapassado o prazo de trinta dias, quando não deve ser assim. Portanto, deve-se entender que a cobertura assistencial estende-se ao recém-nascido durante os primeiros trinta dias após o parto ou enquanto durar o tratamento, se iniciado durante os primeiros trinta dias. (MARQUES, Cláudia Lima; LOPES, José Reinaldo de Lima; PFEIFFER, Roberto Augusto Castellanos. (Coords.). *Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde*. São Paulo: RT, 1999. v. 13. p. 70)

Na exata linha deste raciocínio, o magistério de Leonardo Vizeu Figueiredo em seu “Manual Jurídico de Planos e Seguros de Saúde”:

No que se refere aos filhos naturais, é assegurada a inclusão obrigatória – conforme preceitua o art. 12, III, b, da Lei 9.656/98 – na qualidade de dependente, sem

cumprimento das carências legais, desde que seu ingresso se dê em um período máximo de trinta dias, contados da data do nascimento.

Independentemente de estar ou não incluso no plano, é assegurada cobertura assistencial ao neonato, observados os termos da lei e as cláusulas contratuais do respectivo plano durante os trinta primeiros dias contados após o parto. (*Curso de direito de saúde suplementar – manual jurídico de planos e seguros de saúde*. São Paulo: MP, 2006. p. 205)

Como se percebe, a lei é bastante direta e muito clara quanto às coberturas mínimas previstas para a segmentação de obstetrícia, relacionadas ao recém-nascido, não deixando dúvidas, a meu ver, quanto a inexistência de condições para que sejam prestados aqueles serviços, além da simples contratação.

E é exatamente no que respeita a essas condições que reside a controvérsia recursal. A recorrente alega que a prestação de assistência ao recém-nascido, filho do titular do plano, somente seria possível caso o recorrido houvesse providenciado a inscrição do neonato no plano como seu dependente, nos trinta dias que se seguiram ao parto, pois este não teria sido patrocinado pela operadora do plano.

No entanto, como visto, a disposição da alínea *a*, do inc. III, do art. 12, é absolutamente clara ao afirmar que a modalidade de plano que incluir atendimento obstétrico, deve garantir, no mínimo, cobertura assistencial ao recém-nascido durante os primeiros trinta dias após o parto, sem vincular essa prestação à prévia inscrição do recém-nascido no plano.

Na verdade, a inscrição dentro dos trinta dias após o parto é condição, apenas, para que o filho se torne dependente do titular, pai ou mãe, sem a exigência das carências típicas, regulamentação, inclusive, a cargo da alínea *b* do mesmo inciso.

Com efeito, o sentido da norma sob análise pode ser alcançado a partir de sua própria literalidade.

Por derradeiro, importante não perder de vista que as previsões da Lei 9.656/1998 devem ser interpretadas a partir dos princípios gerais e contratuais da Lei 8.078/1990, que regulamenta os direitos do consumidor.

Destarte, o evento que garante e impõe a assistência ao recém-nascido – nos termos da lei – é a opção do filiado consumidor pela contratação de plano com atendimento obstétrico, e não o fato de o parto do recém-nascido ter sido custeado pela operadora do plano, como sugere a recorrente.

5. Ante o exposto, nego provimento ao recurso especial.

É o voto.

Certidão de Julgamento

4.^a T.

Número Registro: 2011/0128644-5 PROCESSO ELETRÔNICO REsp
1.269.757/MG

Números Origem: 10024076002906 100240760029060011

Pauta: 03/05/2016 – Julgado: 03/05/2016
Relator: Exmo. Sr. Min. Luis Felipe Salomão
Presidente da Sessão: Exma. Sra. Min. Maria Isabel Gallotti
Subprocurador-Geral da República: Exmo. Sr. Dr. Luciano Mariz Maia
Secretária: Dra. Teresa Helena da Rocha Basevi

Autuação

Recorrente: Unimed BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. – advogado: Maria Laura Vidigal e Outro(s)
Recorrido: Junio Lacerda Rodrigues – advogado: Marilene de Fátima Silva Diniz e Outro(s)
Assunto: Direito do Consumidor – Contratos de Consumo – Planos de Saúde

CERTIDÃO – Certifico que a E. 4.^a T, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A 4.^a T, por unanimidade, negou provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro relator.

Os Srs. Ministros Raul Araújo, Maria Isabel Gallotti (presidente), Antonio Carlos Ferreira e Marco Buzzi votaram com o Sr. Ministro relator.
