



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2049636 - SP (2021/0008162-7)

RELATOR : **MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
PRISCILA YUMI WAKAVAIACHI - SP356815
ELLEN APARECIDA MONGE SILVA - SP426822
RECORRIDO : T A M (MENOR)
REPR. POR : M M M
ADVOGADOS : DANIELLE COSTA SENA - SP305987
PATRICIA COSTA SENA - SP320892

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE OBSTÉTRICO. RECÉM-NASCIDO. NETO DO TITULAR. INCLUSÃO NO CONTRATO. POSSIBILIDADE. FILHO DE CONSUMIDOR DEPENDENTE. DIREITO DE INSCRIÇÃO NO PLANO. COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. GARANTIA LEGAL. PARTO. PRAZO DE 30 DIAS. INTERNAÇÃO. PRAZO SUPERIOR. TRATAMENTO. DESCONTINUIDADE. ABUSIVIDADE. USUÁRIO POR EQUIPARAÇÃO. RECOLHIMENTO DE MENSALIDADES EQUIVALENTES À FAIXA ETÁRIA.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n°s 2 e 3/STJ).
2. Cinge-se a controvérsia a definir (i) se a operadora é obrigada a inscrever o recém-nascido, filho de dependente e neto do titular, no plano de saúde, na condição de dependente, quando houver requerimento administrativo, e (ii) se a operadora de plano de saúde deve continuar a custear tratamento médico de recém-nascido, internado em UTI neonatal devido a problemas decorrentes de parto prematuro, quando ultrapassado o 30º (trigésimo) dia de seu nascimento.
3. Deve-se assegurar a inclusão no plano de saúde obstétrico, na condição de dependente, do recém-nascido filho do consumidor, o qual, por sua vez, pode ser do consumidor titular ou do consumidor dependente (art. 12, III, "b" da Lei n° 9.656/1998 e arts. 23, II e III, da RN-ANS n° 428/2017 e 21, II e III, da RN-ANS n° 465/2021).
4. A opção de inscrição do recém-nascido no plano de saúde é para filho do titular, bem como para filho de seu dependente. A lei emprega o termo "consumidor", possibilitando a inscrição não só do neonato filho do titular, mas também de seu neto no plano de saúde, na condição de dependente e não de agregado.
5. Independentemente de haver inscrição do recém-nascido no plano de saúde do beneficiário-consumidor, da segmentação hospitalar com obstetrícia, possui o neonato proteção assistencial nos primeiros 30 (trinta) dias depois do parto, sendo considerado, nesse período, um usuário por equiparação, ao lado, portanto, de seu genitor titular ou genitor dependente (art. 12, III, "a", da Lei n° 9.656/1998).
6. O esgotamento do prazo de 30 (trinta) dias após o parto não pode

provocar a descontinuidade do tratamento médico-hospitalar, devendo haver a extensão do trintídio legal até a alta médica do recém-nascido.

7. O recém-nascido sem inscrição no plano de saúde não pode ficar ao desamparo enquanto perdurar sua terapia, sendo sua situação análoga à do beneficiário sob tratamento médico, cujo plano coletivo foi extinto. Em ambas as hipóteses deve haver o custeio temporário, pela operadora, das despesas assistenciais até a alta médica, em observância aos princípios da boa-fé, da função social do contrato, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

8. Nessas situações, exaurido o prazo legal, o neonato não inscrito, a título de contraprestação, deve ser considerado como se inscrito fosse, mesmo que provisoriamente, o que lhe acarreta não o ressarcimento de despesas conforme os valores de tabela da operadora, mas o recolhimento de quantias correspondentes a mensalidades de sua categoria, a exemplo também do que acontece com os beneficiários sob tratamento assistencial em planos extintos. Manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da avença.

9. É ilícita a conduta da operadora de plano de saúde que nega a inscrição do recém-nascido no plano de saúde de titularidade do avô, seja a genitora dependente/beneficiária de plano individual ou coletivo. É abusiva também a atitude da operadora que tenta descontinuar o custeio de internação do neonato após ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias de seu nascimento.

10. Na hipótese, com a inscrição do recém-nascido assegurada como dependente no plano de saúde, deverá arcar com os valores de mensalidades correspondentes à sua faixa etária após o esgotamento do período de 30 (trinta) dias, contado do parto.

11. Recurso especial parcialmente provido.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma, por unanimidade, dar parcial provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, ocasionalmente, a Sra. Ministra Nancy Andrighi.

Brasília, 25 de abril de 2023.

Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 2049636 - SP (2021/0008162-7)

RELATOR : **MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
PRISCILA YUMI WAKAVAIACHI - SP356815
ELLEN APARECIDA MONGE SILVA - SP426822
RECORRIDO : T A M (MENOR)
REPR. POR : M M M
ADVOGADOS : DANIELLE COSTA SENA - SP305987
PATRICIA COSTA SENA - SP320892

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE OBSTÉTRICO. RECÉM-NASCIDO. NETO DO TITULAR. INCLUSÃO NO CONTRATO. POSSIBILIDADE. FILHO DE CONSUMIDOR DEPENDENTE. DIREITO DE INSCRIÇÃO NO PLANO. COBERTURA MÉDICO-HOSPITALAR. GARANTIA LEGAL. PARTO. PRAZO DE 30 DIAS. INTERNAÇÃO. PRAZO SUPERIOR. TRATAMENTO. DESCONTINUIDADE. ABUSIVIDADE. USUÁRIO POR EQUIPARAÇÃO. RECOLHIMENTO DE MENSALIDADES EQUIVALENTES À FAIXA ETÁRIA.

1. Recurso especial interposto contra acórdão publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n°s 2 e 3/STJ).
2. Cinge-se a controvérsia a definir (i) se a operadora é obrigada a inscrever o recém-nascido, filho de dependente e neto do titular, no plano de saúde, na condição de dependente, quando houver requerimento administrativo, e (ii) se a operadora de plano de saúde deve continuar a custear tratamento médico de recém-nascido, internado em UTI neonatal devido a problemas decorrentes de parto prematuro, quando ultrapassado o 30º (trigésimo) dia de seu nascimento.
3. Deve-se assegurar a inclusão no plano de saúde obstétrico, na condição de dependente, do recém-nascido filho do consumidor, o qual, por sua vez, pode ser do consumidor titular ou do consumidor dependente (art. 12, III, "b" da Lei n° 9.656/1998 e arts. 23, II e III, da RN-ANS n° 428/2017 e 21, II e III, da RN-ANS n° 465/2021).
4. A opção de inscrição do recém-nascido no plano de saúde é para filho do titular, bem como para filho de seu dependente. A lei emprega o termo "consumidor", possibilitando a inscrição não só do neonato filho do titular, mas também de seu neto no plano de saúde, na condição de dependente e não de agregado.
5. Independentemente de haver inscrição do recém-nascido no plano de saúde do beneficiário-consumidor, da segmentação hospitalar com obstetrícia, possui o neonato proteção assistencial nos primeiros 30 (trinta) dias depois do parto, sendo considerado, nesse período, um usuário por equiparação, ao lado, portanto, de seu genitor titular ou genitor dependente (art. 12, III, "a", da Lei n° 9.656/1998).
6. O esgotamento do prazo de 30 (trinta) dias após o parto não pode

provocar a descontinuidade do tratamento médico-hospitalar, devendo haver a extensão do trintídio legal até a alta médica do recém-nascido.

7. O recém-nascido sem inscrição no plano de saúde não pode ficar ao desamparo enquanto perdurar sua terapia, sendo sua situação análoga à do beneficiário sob tratamento médico, cujo plano coletivo foi extinto. Em ambas as hipóteses deve haver o custeio temporário, pela operadora, das despesas assistenciais até a alta médica, em observância aos princípios da boa-fé, da função social do contrato, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

8. Nessas situações, exaurido o prazo legal, o neonato não inscrito, a título de contraprestação, deve ser considerado como se inscrito fosse, mesmo que provisoriamente, o que lhe acarreta não o ressarcimento de despesas conforme os valores de tabela da operadora, mas o recolhimento de quantias correspondentes a mensalidades de sua categoria, a exemplo também do que acontece com os beneficiários sob tratamento assistencial em planos extintos. Manutenção do equilíbrio econômico-financeiro da avença.

9. É ilícita a conduta da operadora de plano de saúde que nega a inscrição do recém-nascido no plano de saúde de titularidade do avô, seja a genitora dependente/beneficiária de plano individual ou coletivo. É abusiva também a atitude da operadora que tenta descontinuar o custeio de internação do neonato após ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias de seu nascimento.

10. Na hipótese, com a inscrição do recém-nascido assegurada como dependente no plano de saúde, deverá arcar com os valores de mensalidades correspondentes à sua faixa etária após o esgotamento do período de 30 (trinta) dias, contado do parto.

11. Recurso especial parcialmente provido.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., com fundamento no artigo 105, inciso III, alíneas "a" e "c", da Constituição Federal, contra o acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

Noticiam os autos que T. A. M., menor impúbere, filho de M. M. M., menor assistida por seus genitores M. M. e S. A. M. M., ajuizou ação de obrigação de fazer combinada com pretensão indenizatória contra a ora recorrente e o HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, buscando o custeio de despesas médico-hospitalares (UTI neonatal) até a alta hospitalar, tendo em vista o seu nascimento prematuro, com necessidade de internação por prazo indeterminado.

Além disso, postulou a sua inscrição no plano de saúde de titularidade do avô, na condição de dependente, além da compensação por danos morais.

O magistrado de primeiro grau julgou parcialmente procedentes os pedidos formulados na petição inicial nos seguintes termos:

"(...)

Diante do exposto, JULGO PARCIALMENTE PROCEDENTE o pedido, confirmando a tutela antecipada concedida (fls. 45/49), para condenar a parte ré, solidariamente, a (i) abster-se de transferir o recém-nascido, franqueando-lhe todo atendimento prescrito pela equipe médica que o assiste, até alta definitiva, sem qualquer cobrança em relação à internação ou às demais despesas médico-hospitalares, sob pena de multa de R\$ 20.000,00 por ato de descumprimento, e (ii) providenciar a inclusão do menor no plano de saúde na qualidade de dependente, no prazo de dez dias, com a

emissão do correspondente boleto, sob pena de multa de R\$ 20.000,00 por ato de descumprimento.

Em consequência, julgo extinto o feito, com resolução do mérito, nos termos do art. 487, I, do CPC. Em razão da parcial sucumbência, cada parte arcará com as respectivas custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios da parte contrária, que fixo em 20% do valor da causa para cada patrono, observados os critérios do artigo 85, §§ 2º e 8º do CPC" (fl. 236).

Irresignada, a operadora de plano de saúde interpôs recurso de apelação no Tribunal de Justiça estadual, que não foi provido.

O acórdão recebeu a seguinte ementa:

"APELAÇÃO - PLANO DE SAÚDE - Ação de obrigação de fazer - Pretensão de cobertura à internação de recém-nascido, neto do titular do plano, bem como sua inclusão como dependente - Abusividade da negativa - Inteligência do artigo 12, III, 'b' da Lei nº 9.656/98, que prevê a inclusão de filho do consumidor, o qual, portanto, pode ser do consumidor titular ou do consumidor dependente - Obrigação de custeio da internação - Súmula 302 do STJ e 92 do TJSP - Estado de urgência que deve ser reconhecido - Sentença mantida - NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO" (fl. 305).

No recurso especial, a recorrente aponta contrariedade aos arts. 12, III, "a" e "b", e 35-C da Lei nº 9.656/1998; 104 e 436 do Código Civil (CC) e 489, § 3º, do Código de Processo Civil de 2015 (CPC/2015), além da ocorrência de divergência jurisprudencial.

Alega, em síntese, que o contrato de plano de saúde constitui negócio jurídico sinalagmático e oneroso, devendo os beneficiários observar as cláusulas pactuadas.

Aduz que cumpriu integralmente com sua obrigação de cobertura das despesas assistenciais do recém-nascido até o 30º (trigésimo) dia após o nascimento, conforme determinação legal, não podendo ser compelida a manter o custeio de tratamento, de forma irrestrita, até a alta médica do recorrido, o qual não é titular nem dependente do plano de saúde.

Acrescenta que

"(...) o titular do plano de saúde é avô do menor e não haver qualquer previsão de inclusão de neto no contrato, apenas de atendimento médico nos primeiros 30 dias de vida do recém-nascido como assim estipulado por quase toda a totalidade de contratos de plano de saúde, não pode ser esta operadora obrigada a incluir pessoa estranha e alheia à avença, sob pena de desvirtuar totalmente a liberdade contratual e liberdade de contratar" (fl. 320).

Argui que somente os filhos naturais e adotivos do titular podem ser inscritos no plano de saúde, não havendo previsão contratual de inclusão de neto nem como dependente nem como agregado.

Sustenta que

"(...) a filha do titular, genitora do menor, corretamente figura como dependente do plano de saúde do titular, mas o mesmo direito não assiste ao Recorrido, eis que não se inclui no rol de beneficiários (filho

adotivo ou natural do beneficiário titular) previstos em lei.

Nesse sentido, disciplina igualmente a Resolução Normativa 355/2015 que indivíduos até segundo grau de parentesco por afinidade e até quarto grau consanguíneo, para efeitos de inclusão no plano de saúde, são considerados no máximo como agregados, implicando em benefícios e pagamento de valores diferenciados, não sendo possível figurar como dependente do plano como assim pleiteado" (fl. 321).

Afirma que, ao se realizar uma interpretação da lei favorável ao consumidor, "(...) cria-se uma exceção ao contrato inicialmente, não prevista, que pode vir a causar insegurança jurídica e instabilidade das negociações jurídicas particulares por interpretação e intervenção inapropriada do judiciário" (fls. 321/322).

Assinala que

"(...) em momento algum restou configurado caso de urgência ou emergência médica capaz de quebrar os termos do contrato ou limitações de atendimento, pelo que a não inclusão do menor ao plano de saúde é totalmente válida e legal, mesmo porque não se estava desamparando o menor de tratamento de saúde, tendo esta operadora inclusive e de forma preventiva sugerido a remoção a nosocômio do SUS, proposta não aceita pelos responsáveis pelo Recorrido" (fl. 322).

Busca, ao final, o provimento do recurso para que seja julgada improcedente a demanda, "(...) reconhecendo-se a legalidade da negativa de inclusão do neto como beneficiário dependente do plano de saúde de seu avô, condenando-se o Recorrido ao pagamento das verbas de sucumbência." (fl. 326)

Após o decurso do prazo para a apresentação de contrarrazões (certidão de fl. 366), o recurso foi inadmitido na origem (fls. 384/386), mas, por ter sido provido agravo, foi determinada a reatuação do feito (fls. 427/428).

Parecer do Ministério Público Federal às fls. 439/444.

É o relatório.

VOTO

O acórdão impugnado pelo recurso especial foi publicado na vigência do Código de Processo Civil de 2015 (Enunciados Administrativos n°s 2 e 3/STJ).

Cinge-se a controvérsia a definir **(i)** se a operadora é obrigada a inscrever o recém-nascido, filho de dependente e neto do titular, no plano de saúde, na condição de dependente, quando houver requerimento administrativo, e **(ii)** se a operadora de plano de saúde deve continuar a custear tratamento médico de recém-nascido, internado em UTI neonatal devido a problemas decorrentes de parto prematuro, quando ultrapassado o 30° (trigésimo) dia de seu nascimento.

1 - Da inscrição de recém-nascido, neto do titular, em plano de saúde, na condição de dependente

De início, cumpre ressaltar que, apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos precipuamente pela Lei n° 9.656/1998, as

operadoras da área que prestarem serviços à população se enquadram no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também nesses tipos contratuais as regras do Código de Defesa do Consumidor (CDC).

Nesse sentido, convém conferir a redação da Súmula nº 608/STJ:

"Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão."

Desse modo, devem ser sopesados lado a lado os direitos do consumidor e aqueles das empresas, não havendo superioridade de uns sobre os outros. É que tanto a exploração da assistência à saúde pela iniciativa privada - incluídos a livre iniciativa e o livre exercício da atividade econômica - quanto a proteção do consumidor possuem raízes constitucionais, de modo que essa concatenação normativa não significa haver hierarquização ou supremacia de uma legislação sobre a outra.

Logo, esses dois instrumentos normativos - Lei nº 9.656/1998 e CDC - devem ser aplicados de forma harmônica nos contratos relacionais de assistência à saúde, mesmo porque lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida, ou seja, visam a ajudar o usuário a suportar riscos futuros envolvendo a sua higidez física e mental, assegurando o devido tratamento médico (art. 35-G da Lei nº 9.656/1998).

Ressalta-se que recentemente a Lei nº 14.454/2022 alterou a Lei de Planos de Saúde, passando o *caput* do art. 1º a ter a seguinte redação, a qual dá ênfase à aplicação conjunta da legislação consumerista e à setorial:

*"Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, **sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade e, simultaneamente, das disposições da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor)**, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições:"* (grifou-se)

Nesse contexto, acerca do cuidado médico-hospitalar a ser dispensado ao recém-nascido pelos planos de saúde obstétricos, cabe asseverar que é dever da operadora custear o tratamento assistencial do recém-nascido, *"(...) filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto"* (art. 12, III, "a", da Lei nº 9.656/1998 - grifou-se).

Ademais, ainda a respeito dos planos de assistência à saúde da segmentação hospitalar com obstetrícia, conforme a legislação, deve ser assegurada inscrição *"(...) 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"* (art. 12, III, "b", da Lei nº 9.656/1998).

Realçando a proteção conferida pelo legislador ao recém-nascido, pessoa hipervulnerável, no campo da Saúde Suplementar, Maria Stella Gregori assim leciona:

"(...)"

Tal dispositivo [art. 12, III, 'a', da Lei nº 9.656/1998] 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.**

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 primeiro 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."

(GREGORI, Maria Stella. Comentários sobre a cobertura assistencial ao recém-nascido e a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça. **Revista de Direito do Consumidor - RDC**, v. 107, ano 25, São Paulo: RT. set-out 2016, págs. 575-576 - grifou-se)

Por sua vez, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) assim dispôs quanto ao tema na atual Resolução Normativa (RN) nº 465/2021 (antes a matéria estava prevista no art. 23, II e III, da RN nº 428/2017):

"Subseção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 21. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no art. 20, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, devendo garantir cobertura para:

I - despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré-parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato, entendido como o período que abrange dez dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico;

II - assistência ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular; e
III - opção de inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular, ou de seu dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção.

Parágrafo único. Para fins de cobertura do pré-natal, parto normal e pós-parto listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico ou obstetrix habilitados, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 6º." (grifou-se)

Depreende-se que, com base no mencionado instrumento normativo, a opção de inscrição do recém-nascido no plano de saúde é para filho do titular, bem como para filho de seu dependente, conquanto entendimento administrativo anterior da ANS, para planos coletivos, era de que:

"(...)

6. A inscrição do recém nascido, na forma dos itens 4 e 5, pelo dependente de plano privado de assistência a saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, em planos coletivos, observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante". (Súmula Normativa nº 25/2012)

Confira-se mais detalhadamente:

"SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o artigo 3º e os incisos II, XXIV e XXVIII do artigo 4º, cumulados com o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; em conformidade com o disposto no inciso III do artigo 6º e no inciso III do artigo 86, ambos da Resolução Normativa - RN nº 197, de 16 de julho de 2009.

Considerando as regras para planos privados de assistência à saúde com cobertura obstétrica, previstas no inciso III do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

Considerando a regra para planos privados de assistência à saúde acerca da inscrição do filho adotivo menor de 12 anos, prevista no inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando as formas de imposição de carência para planos privados de assistência à saúde, dispostas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 1998;

Considerando o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, regulamentado pela Resolução Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010; e

Considerando a RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, que dispõe, dentre outras questões, a respeito de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) e Cobertura Parcial Temporária (CPT) em planos privados de assistência à saúde; e a Resolução CONSU nº 13, de 3 de novembro de 1998, que dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de urgência e emergência.

Resolve adotar os seguintes entendimentos vinculativos:

(...)

QUANTO À INSCRIÇÃO DO RECÉM-NASCIDO, FILHO NATURAL OU ADOTIVO, OU SOB GUARDA OU TUTELA.

4. O recém-nascido, filho natural ou adotivo de beneficiário de plano de

saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, pode ser inscrito no plano de saúde em até 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção, observando-se:

4.1. A inscrição pode ser exercida quando o beneficiário for o pai ou a mãe;

4.2. A inscrição independe de o parto ter sido coberto pela operadora ou do cumprimento de quaisquer prazos de carência; e

4.3. O cumprimento ou não do prazo de carência para parto a termo não interfere no direito à inscrição no plano de saúde.

5. O recém-nascido sob guarda ou tutela pode ser inscrito no plano de segmentação hospitalar com obstetrícia pelo responsável legal em até 30 (trinta) dias da tutela, ou guarda.

6. A inscrição do recém nascido, na forma dos itens 4 e 5, pelo dependente de plano privado de assistência a saúde de segmentação hospitalar com obstetrícia, em planos coletivos, observará as condições de elegibilidade previstas no contrato celebrado entre a operadora e a pessoa jurídica contratante." (grifou-se)

De fato, a normatização da Autarquia Reguladora (RN-ANS n° 428/2017 ou RN-ANS n° 465/2021) segue a melhor interpretação que se pode dar ao art. 12, III, "b", da Lei n° 9.656/1998, devendo-se assegurar a inclusão no plano de saúde obstétrico, na condição de dependente, do recém-nascido filho do consumidor, o qual, por seu turno, pode ser do consumidor titular ou do consumidor dependente.

Logo, como a lei emprega o termo "consumidor", possibilita a inscrição não só do neonato filho do titular, mas também de seu neto, no plano de saúde, na condição de dependente e não de agregado.

A propósito, cumpre transcrever o seguinte trecho da sentença, mantida pelo Tribunal estadual:

"(...)

No que diz respeito à questão da inclusão do menor como beneficiário do plano de saúde, também assiste razão à parte autora.

A lei 9656/98, em seu artigo 12, III, 'b', prevê a inscrição do recém-nascido, filho do consumidor, no plano de saúde como dependente. Embora alegue a parte ré que esta segunda parte do dispositivo somente albergaria o titular do plano de saúde, de modo que não se estenderia o benefício de inclusão do recém-nascido aos dependentes, não pode este entendimento prevalecer, eis que prejudicial à parte mais vulnerável da avença. De fato, não fica claro se a intenção do legislador foi, efetivamente, retirar tal benefício da alçada dos dependentes, eis que não se refere exclusivamente ao titular do plano, mas, ao revés, utiliza o termo genérico 'consumidor'.

Conforme entendimento do E. Tribunal de Justiça em caso análogo, já exposto no v. Acórdão da apelação n° 0007422-80.2010.8.26.0000, diante da imprecisão do termo utilizado pelo legislador, deve-se adotar uma interpretação mais abrangente a fim de considerar que os dependentes também devem beneficiar-se da faculdade de incluir o recém-nascido no plano de saúde.

A respeito, cita-se passagem do referido acórdão: 'A redação do dispositivo é ambígua. Alude a 'filho natural do consumidor' e não 'do segurado'. De modo que por consumidor, a rigor, se poderia entender também a dependente do segurado, no caso sua filha. Afinal, consumidor 'é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço, como destinatário final' (lei 8078/90, artigo 2°; inclusive os de seguro, a teor do subsequente artigo 3°, § 2°). Isso e nada mais. E havendo ambigüidade, a

teor do diploma legal de regência (artigo 47 da lei 8078/90, Código do Consumidor), a cláusula haverá que ser interpretada do modo mais favorável à parte mais fraca na relação jurídica: ao consumidor, bem se vê.' (TJSP; Apelação Cível 0007422-80.2010.8.26.0000; Relator (a): Luiz Ambra; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 7ª Vara Cível; Data do Julgamento: 19/09/2012; Data de Registro: 28/09/2012).

Cumpra ressaltar que o raciocínio ora adotado, amparado no princípio da boa-fé e na tutela do contratante vulnerável, é suficiente para afastar o argumento da parte ré no sentido de que o contrato firmado entre as partes não traria previsão de inclusão de netos dos titulares, que seriam meros agregados. Isto porque, ainda que o recém-nascido, ora autor, não fosse considerado dependente do titular nos termos contratuais, entende-se que a sua genitora, dependente do titular, tem direito ao benefício de incluir seu descendente no plano de saúde" (fl. 235 - grifou-se).

Assim, na espécie, mostra-se descabida a negativa da recorrente de incluir o menor recém-nascido no plano de saúde de seu avô, devendo-se, pois, garantir a sua inscrição como dependente conforme o requerimento promovido.

Superada a questão acerca da possibilidade de inclusão do autor, recém-nascido, no plano de saúde de seu avô, titular do contrato, falta fazer algumas considerações acerca da determinação da sentença de que o custeio da internação na UTI neonatal seria até a alta médica sem cobrança alguma, mesmo que ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento.

Como cediço, independentemente de haver inscrição do recém-nascido no plano de saúde do beneficiário-consumidor, da segmentação hospitalar com obstetrícia, possui aludido neonato proteção assistencial nos primeiros 30 (trinta) dias depois do parto (REsp nº 1.269.757/MG, Rel. Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, DJe 31/5/2016), **sendo considerado, nesse período, um usuário por equiparação, ao lado, portanto, de seu genitor titular ou genitor dependente.**

Logo, o esgotamento desse prazo não pode provocar a descontinuidade do tratamento médico-hospitalar, devendo haver a extensão do trintídio legal até a alta médica do recém-nascido.

A propósito, a sentença assim assinala:

"(...)

Inicialmente, não há dúvida de que o contrato celebrado entre as partes configura relação sob a proteção do Código de Defesa do Consumidor, como determina o enunciado da Súmula nº 608 do STJ: 'Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão'. E, em se tratando de relação de consumo, a interpretação da convenção, por força de expresse mandamento normativo, deve tender à proteção do consumidor, ora requerente.

Fixada tal premissa, restou incontroverso nos autos que o autor T., nascido em 04/08/2018, é filho de M. M. M., beneficiária do plano de saúde fornecido pela corré Notre Dame, na qualidade de beneficiária (fls. 26 e 29).

Incontroverso, igualmente, que o menor encontra-se internado em UTI Neonatal, sem previsão de alta hospitalar, em razão de problemas de saúde (fls. 28, 35/36).

A controvérsia gira em torno do dever da parte ré de custear a

estadia do menor, irrestritamente, até sua alta hospitalar, bem como de incluí-lo como dependente no plano de saúde e, em caso positivo, à ocorrência de danos morais pela negativa.

(...)

Pois bem.

No que tange à questão da internação do autor, a lei 9656/98, em seu artigo 12, III, 'a', estipula que, nos contratos com previsão de atendimento obstétrico, como é o caso dos autos (fls. 139), deve ser garantida 'a cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto'.

Tal prazo, porém, não é fatal e improrrogável, sendo certo que, a depender das circunstâncias concretas, pode o recém-nascido vir a fazer jus à extensão da assistência em seu favor. Especialmente porque, conforme prevê a mencionada legislação (art. 35-C da lei 9656/98), em casos de urgência e emergência não pode a operadora do plano de saúde invocar limitação temporal, sob o risco de ameaça a bens jurídicos muito mais valiosos do que o equilíbrio contratual, como a vida e a saúde do paciente.

(...)

Destarte, havendo evidência de que o menor necessitava permanecer internado para atendimento e acompanhamento médico, conforme relatório juntado (fls. 28), sem previsão de alta, devem as rés autorizar e custear os serviços médico-hospitalares correspondentes, até que cesse sua necessidade" (fls. 233/235 - grifou-se - transcrição alterada para preservar o segredo de justiça).

Em outras palavras, o usuário por equiparação (recém-nascido sem inscrição no plano de saúde) não pode ficar ao desamparo enquanto perdurar sua terapia, sendo sua situação análoga à do beneficiário sob tratamento médico, cujo plano coletivo foi extinto. Em ambas as hipóteses deve haver o custeio temporário, pela operadora, das despesas assistenciais até a alta médica, em observância aos princípios da boa-fê, da função social do contrato, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido:

"RECURSOS ESPECIAIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO DE RECÉM-NASCIDA. INTERNAÇÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 30 DIAS. RECÉM-NASCIDA NÃO INSCRITA COMO BENEFICIÁRIA DO PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA. DIREITO DA OPERADORA AO RESSARCIMENTO SEGUNDO A TABELA DO CONTRATO. DEVER DA OPERADORA DE INDENIZAR. AGRAVAMENTO DA SITUAÇÃO DE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA E ANGÚSTIA. SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA. CIRCUNSTÂNCIAS NÃO DELIMITADAS NO ACÓRDÃO RECORRIDO. DANO MORAL AFASTADO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. BASE DE CÁLCULO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PERCENTUAL SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. JULGAMENTO: CPC/15.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 09/12/2019, da qual foram extraídos os presentes recursos especiais interpostos em 16/09/2020 e atribuídos ao gabinete em 09/02/2022. Julgamento: CPC/15.

2. O propósito recursal consiste em decidir sobre: i) a possibilidade de a operadora de plano de saúde recusar a cobertura assistencial da recém-nascida após o 30º dia do seu nascimento, na hipótese de ela não ter sido inscrita como beneficiária do plano de saúde; ii) a configuração de dano moral; e iii) a base de cálculos dos honorários.

3. A conjugação do disposto nas alíneas 'a' e 'b' do inciso III do art. 12 da Lei 9.656/1998 permite inferir que, até o 30º dia após o parto, a cobertura assistencial do recém-nascido decorre do vínculo contratual havido entre a operadora e a parturiente, beneficiária de plano de saúde que inclui atendimento de obstetrícia; a partir do 31º dia, a cobertura assistencial do recém-nascido pressupõe a sua inscrição como beneficiário no plano de saúde, momento em que se forma o vínculo contratual entre este e a operadora e se torna exigível o pagamento da contribuição correspondente.
4. Fundada na dignidade da pessoa humana e em homenagem aos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da segurança jurídica, a jurisprudência do STJ firmou a orientação de que, não obstante seja possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, deve ser resguardado o direito daqueles beneficiários que estejam internados ou em pleno tratamento médico.
5. Hipótese em que, logo após o parto prematuro, a recém-nascida necessitou de internação hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) por período superior a 30 dias, de modo que se impõe à operadora a obrigação de manter o tratamento médico até a alta hospitalar, garantindo-se a esta, todavia, o direito de recolher as quantias correspondentes às mensalidades da mesma categoria, considerado a menor como se inscrita fosse (usuário por equiparação), durante todo o período em que foi oferecida a assistência à saúde.
6. Ausente a indicação no acórdão recorrido de que a conduta da operadora, embora indevida, tenha agravado a situação de aflição psicológica e de angústia experimentada pelas recorrentes, ultrapassando o mero inadimplemento contratual, ou ainda de que as recorrentes se encontravam em situação de urgente e flagrante necessidade de assistência à saúde, deve ser afastada a presunção do dano moral.
7. Nos conflitos de direito material acerca do alcance da cobertura de procedimentos médico-hospitalares, é inegável que a obrigação de fazer determinada na sentença não só ostenta natureza condenatória como também possui um montante econômico aferível, expresso pelo valor da cobertura indevidamente negada.
8. O título judicial que transita em julgado com a procedência do pedido de natureza cominatória (fornecer a cobertura pleiteada) deve ter a sucumbência calculada sobre o valor correspondente da obrigação a que foi condenada a operadora de plano de saúde.
9. Hipótese em que o montante econômico da obrigação de fazer imposta na sentença corresponde ao valor da cobertura assistencial oferecida às recorrentes, a partir do 30º dia do nascimento prematuro da recém-nascida.
10. Recurso especial de NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A conhecido e não provido e recurso especial de E DE S O, P M O e HENRIQUE TEIXEIRA ARZABE conhecido e parcialmente provido." (REsp nº 1.941.917/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, DJe de 1º/4/2022)

"RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO DE RECÉM-NASCIDO. INTERNAÇÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 30 DIAS. NEONATO NÃO INSCRITO COMO BENEFICIÁRIO DO PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA INDEVIDA. DIREITO DA OPERADORA AO RESSARCIMENTO SEGUNDO A TABELA DO CONTRATO. JULGAMENTO: CPC/2015.

1. Ação de obrigação de fazer ajuizada em 20/06/2018, da qual foi extraído o presente recurso especial, interposto em 23/06/2020 e concluso ao gabinete em 10/08/2021.
2. O propósito recursal é decidir se a operadora do plano de saúde pode recusar a cobertura assistencial do recém-nascido submetido a internação que ultrapassa o 30º dia do seu nascimento, na hipótese de ele não ter sido inscrito como beneficiário do plano de saúde.
3. A conjugação do disposto nas alíneas 'a' e 'b' do inciso III do art. 12 da Lei 9.656/1998 permite inferir que, até o 30º dia após o parto, a cobertura assistencial do recém-nascido decorre do vínculo contratual havido entre a

operadora e a parturiente, beneficiária de plano de saúde que inclui atendimento de obstetrícia; a partir do 31º dia, a cobertura assistencial do recém-nascido pressupõe a sua inscrição como beneficiário no plano de saúde, momento em que se forma o vínculo contratual entre este e a operadora e se torna exigível o pagamento da contribuição correspondente.

4. Fundada na dignidade da pessoa humana e em homenagem aos princípios da boa-fé objetiva, da função social do contrato e da segurança jurídica, a jurisprudência do STJ firmou a orientação de que, não obstante seja possível a rescisão unilateral e imotivada do contrato de plano de saúde coletivo, deve ser resguardado o direito daqueles beneficiários que estejam internados ou em pleno tratamento médico.

5. Hipótese em que, logo após o parto, o neonato foi submetido à cirurgia cardíaca e necessitou de internação hospitalar por período superior a 30 dias, de modo que se impõe à operadora a obrigação de manter o tratamento médico até a alta hospitalar, garantindo-se a esta, todavia, o direito de recolher as quantias correspondentes às mensalidades da mesma categoria, considerado o menor como se inscrito fosse (usuário por equiparação), durante todo o período em que foi oferecida a assistência à saúde.

6. Recurso especial conhecido e parcialmente provido."

(REsp nº 1.953.191/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, REPDJe de 24/3/2022, DJe de 23/2/2022)

Assim, nessas hipóteses, após o prazo de 30 (trinta) dias do nascimento, o neonato submetido a tratamento terapêutico e não inscrito no plano de saúde deve ser considerado usuário por equiparação, ainda mais nas situações em que a operadora lhe nega o direito de inclusão no contrato. É dizer, a título de contraprestação, mantendo-se o equilíbrio econômico-financeiro da avença, deve ser considerado como se inscrito fosse, mesmo que provisoriamente, o que lhe acarreta não o ressarcimento de despesas conforme os valores de tabela da operadora, mas o recolhimento de quantias correspondentes a mensalidades de sua categoria, a exemplo também do que acontece com os beneficiários sob tratamento assistencial em planos extintos.

Como ressaltado pela Ministra Nancy Andrighi em caso similar:

"(...)

8. Logo, ainda que se admita a extinção do vínculo contratual e, por conseguinte, a cessação da cobertura pela operadora do plano de saúde, é sempre garantida a continuidade da assistência médica em favor de quem se encontra internado ou em tratamento médico indispensável a própria sobrevivência/incolumidade, situação, na espécie, em que se encontra o recorrido.

9. Então, se, de um lado, a lei exime a operadora da obrigação de custear o tratamento médico prescrito para o neonato, após o 30º dia do parto, se ele não foi inscrito como beneficiário do plano de saúde, impede, de outro lado, que se interrompa o tratamento ainda em curso, assegurando, pois, a cobertura assistencial até a sua alta hospitalar.

10. Desse modo, conclui-se que a solução que atende a ambos os comandos, no particular, é a que impõe à operadora a obrigação de manter o tratamento do recém-nascido até a sua alta hospitalar, garantindo à recorrente, todavia, a devida contrapartida, a fim de evitar o desequilíbrio econômico-financeiro do contrato.

11. Quanto a este último ponto, realinho meu voto para acolher a solução proposta no voto-vista do e. Ministro Villas Bôas Cueva, de modo a assegurar à recorrente o direito de recolher as quantias correspondentes às mensalidades da categoria, considerado o menor como se inscrito fosse (usuário por equiparação), durante todo o período em que foi custeada a assistência à saúde, como ocorre naquelas hipóteses de contratos extintos no curso do tratamento médico do beneficiário." (REsp nº 1.953.191/SP,

Enfim, é ilícita a conduta da operadora de plano de saúde que nega a inscrição do recém-nascido no plano de saúde de titularidade do avô, seja a genitora dependente/beneficiária de plano individual ou coletivo. Ademais, também é abusiva a atitude da demandada de tentar descontinuar o pagamento da internação do neonato após ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias de seu nascimento.

Entretanto, no caso, como na sentença houve determinação de custeio de *"(...) todo o atendimento prescrito pela equipe médica que o assiste [o menor], até alta definitiva, sem qualquer cobrança em relação à internação ou às demais despesas médico-hospitalares"* (fl. 236), merece reparos apenas o termo inicial da contrapartida financeira a ser despendida pelos beneficiários do plano de saúde, isto é, após o 30º (trigésimo) dia do nascimento do autor.

Efetivamente, com a inscrição do recém-nascido assegurada como dependente no plano de saúde, deverá arcar com os valores de mensalidades correspondentes à sua faixa etária após o exaurimento do período de 30 (trinta) dias, contado do parto.

2 - Do dispositivo

Ante o exposto, dou parcial provimento ao recurso especial, apenas para determinar o recolhimento de valores de mensalidades pelo autor, no período posterior ao 30º (trigésimo) dia de nascimento, garantida a sua inscrição como dependente no plano de saúde e mantidos os ônus sucumbenciais fixados na origem.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2021/0008162-7

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 2.049.636 / SP

Números Origem: 1090878-18.2018.8.26.0100 10908781820188260100

PAUTA: 25/04/2023

JULGADO: 25/04/2023

Relator

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

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. MARIA EMÍLIA CORREA DA COSTA

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A.
ADVOGADOS : PAULO ROBERTO VIGNA - SP173477
VITOR CAMARGO OLIVEIRA SANTOS - SP378377
PRISCILA YUMI WAKAVAIACHI - SP356815
ELLEN APARECIDA MONGE SILVA - SP426822
RECORRIDO : T A M (MENOR)
REPR. POR : M M M
ADVOGADOS : DANIELLE COSTA SENA - SP305987
PATRICIA COSTA SENA - SP320892

ASSUNTO: DIREITO DA SAÚDE - Suplementar - Planos de saúde - Tratamento médico-hospitalar

CERTIDÃO

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

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

Os Srs. Ministros Marco Aurélio Bellizze e Moura Ribeiro votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, ocasionalmente, a Sra. Ministra Nancy Andrighi.