

RECURSO ESPECIAL Nº 1.269.757 - MG (2011/0128644-5)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
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)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO. LEI N. 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 n. 9.656/1998 regulamenta as atividades de financiamento privado da saúde e define em seu art. 1º 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 (inciso 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.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, os Ministros da QUARTA TURMA do Superior Tribunal de Justiça 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)

MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO

Relator



RECURSO ESPECIAL Nº 1.269.757 - MG (2011/0128644-5)

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)

RELATÓRIO

O SENHOR 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 Unidade de Tratamento Intensivo 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 n. 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 (fl. 152-159).

Inconformados, autor e ré interpuseram apelação (fls. 194-203 e 163-171, respectivamente) aos quais se negou provimento, mantendo-se inalterada a sentença apelada, conforme ementa reproduzida abaixo (fl. 225):

PLANO DE SAÚDE - NEGATIVA DE COBERTURA - LEI Nº 9.656/98 - 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 nº 9.656/98, 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 n. 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 Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul

Contrarrazões apresentadas às fls. 257-273.

O recurso recebeu crivo negativo de admissibilidade na origem (e-fls. 275-276), ascendendo a esta Corte após o provimento de agravo interposto (e-fl. 284).

O Ministério Público Federal opina pelo não provimento do recurso (fls. 307-312).

É o relatório.

RECURSO ESPECIAL Nº 1.269.757 - MG (2011/0128644-5)

RELATOR : **MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO**
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)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO. LEI N. 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 n. 9.656/1998 regulamenta as atividades de financiamento privado da saúde e define em seu art. 1º 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 (inciso 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 SENHOR 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 n. 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 (fls. 227-):

Examinando os autos, observo que carece de razão a apelante principal: Dispõe o art. 12, III, a da Lei nº 9.656/1998:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos 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 Resolução nº 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. (*Planos de saúde - aspectos jurídicos e econômicos*. Luiz Augusto Ferreira Carneiro, (Coord.) 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 n. 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. 1º da Lei n. 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 n. 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 § 2º. Confira-se:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com

cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, 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:

§ 2º. As pessoas jurídicas que comercializam produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º 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.

Maurício 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 inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos 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 (inciso 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 n. 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.**

Superior Tribunal de Justiça

(Saúde e responsabilidade: seguros e planos de assistência privada à saúde. Cláudia Lima Marques, José Reinaldo de Lima Lopes, Roberto Augusto Castellanos Pfeiffer. (Coords.) 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 nº 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 inciso 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.

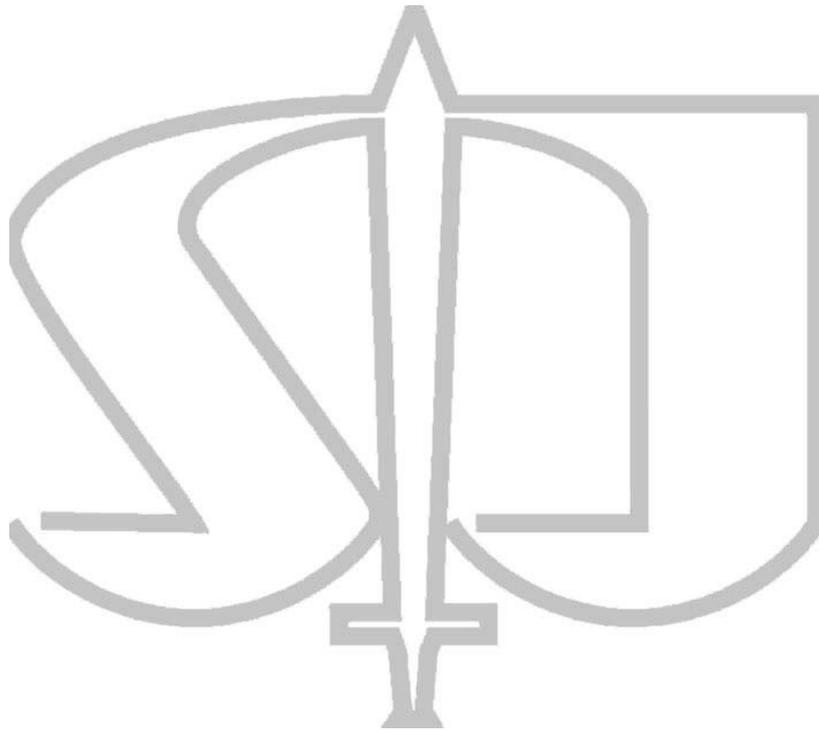
Por derradeiro, importante não perder de vista que as previsões da Lei n. 9.656/1998 devem ser interpretadas a partir dos princípios gerais e contratuais da Lei n. 8.078/1990, que regulamenta os direitos do consumidor.

Superior Tribunal de Justiça

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
QUARTA TURMA**

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. Ministro **LUIS FELIPE SALOMÃO**

Presidente da Sessão

Exma. Sra. Ministra **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 egrégia QUARTA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Quarta Turma, 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.