



NOTA TÉCNICA Nº 003/2022

Dispõe sobre a manutenção da cobertura assistencial pela operadora de plano de saúde, depois de ultrapassados os 30 (trinta) dias do nascimento do menor, até a data da alta médica, ainda que o titular do plano seja avô do recém-nascido

1. Introdução.

O PROCON/SC, no cumprimento do dever de promover a Política Estadual de Defesa do Consumidor e face à necessidade de fixação, no âmbito do Estado de Santa Catarina, de entendimento sobre a manutenção da cobertura assistencial pela operadora de plano de saúde, depois de ultrapassados os 30 (trinta) dias do nascimento do menor, até a data da alta médica, e frente à necessidade de informar aos consumidores e fornecedores destes produtos sobre os seus direitos e deveres, resolveu editar a presente **NOTA TÉCNICA**, nos termos que seguem.

1.1 DOS FATOS

Inicialmente, cumpre salientar que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 garante a todos o direito à saúde. Em seu art. 6º, classifica a saúde como um direito social e mantendo esse status com a Emenda Constitucional (EC) nº 26, de 2000 –, *in verbis*: “art. 6º. São direitos sociais a educação, a **saúde**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” .

A propósito, assim dispõem os artigos 196 e 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, senão vejamos:



Art. 196. A 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 às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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.

Conforme colhe-se do dispositivo supracitado, todo ser humano tem direito a saúde, corolário ao princípio da dignidade da pessoa humana. Ademais, como sabido, o modelo de assistência à saúde utilizado no Brasil é o de prestação compartilhada entre o Poder Público e instituições privadas.

Após considerável lacuna legislativa, foi publicada a Lei n. 9.656/1998, que “ Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”. A referida legislação tem como objeto a garantia do direito à assistência à saúde, restringindo-se à assistência médica, hospitalar e odontológica.

As operadoras de planos e seguros necessariamente oferecerão um serviço mínimo base, conforme descrito no art. 10 da lei supracitada e a partir desse padrão novos serviços poderão ser somados. E, assim dispõe o art. 12 acerca da cobertura assistencial ao recém-nascido:

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 dispositivo supracitado, resta cristalino o direito do filho biológico ou adotivo do beneficiário de ter a cobertura assistencial nos primeiros 30 (trinta) dias, após o nascimento, seja pelo contrato da mãe ou do pai, desde de que o plano seja hospitalar com obstetrícia e tenha cumprido o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias.

Como visto, a disposição da alínea a, do inciso III, do art. 12, é absolutamente clara ao afirmar que a modalidade de plano de saúde 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.

Tal fato já foi discutido por meio da Nota Técnica Nº 12/2021 exarada pelo PROCON/SC.

Não obstante, a questão a ser debatida no caso em concreto seria se há a previsão de inclusão de netos no contrato de plano de saúde entabulado, em caso do plano de saúde coletivo empresarial ser de titularidade dos avôs.

Pois bem. O Art. 12, inciso III, "a", da Lei n. 9.656/1998 estabelece verdadeira garantia de cobertura assistencial ao recém-nascido, durante os primeiros trinta dias após o parto.

A conjugação dos citados dispositivos legais 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. Após o 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.

A propósito, com base no princípio da 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 é uníssona em firmar 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). Vejamos:

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. NÃO OCORRÊNCIA. QUESTÕES DEVIDAMENTE ANALISADAS PELO TRIBUNAL DE ORIGEM. CONTRATO COLETIVO DE PLANO DE SAÚDE. RESILIÇÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. POSSIBILIDADE. NORMA DO ART. 13, INCISO II, DA LEI 9.656/1998 QUE INCIDE APENAS NOS CONTRATOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA DESTA CORTE SUPERIOR. REFORMA DO ACÓRDÃO RECORRIDO NESSE PONTO. MANUTENÇÃO, PORÉM, DO PLANO DE SAÚDE PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE ESTIVEREM INTERNADOS OU EM TRATAMENTO MÉDICO, EM OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DA BOA-FÉ, DA SEGURANÇA JURÍDICA E DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. LIBERDADE DE CONTRATAR QUE DEVE SER EXERCIDA NOS LIMITES E EM RAZÃO DA FUNÇÃO SOCIAL DOS CONTRATOS. BENS JURIDICAMENTE TUTELADOS PELA LEI DE REGÊNCIA - SAÚDE E VIDA - QUE SE SOBREPÕEM AOS TERMOS CONTRATADOS. APLICABILIDADE DO DISPOSTO NO ART. 8º, § 3º, "B", DA LEI 9.656/1998, EM INTERPRETAÇÃO SISTEMÁTICA E TELEOLÓGICA. RESTABELECIMENTO DA SENTENÇA. RECURSO ESPECIAL PARCIALMENTE PROVIDO. 1. O propósito recursal é definir se, a par da adequação da tutela jurisdicional prestada (omissão no acórdão recorrido), é possível a rescisão unilateral do contrato de plano de saúde coletivo, bem como se operam ou não efeitos em relação aos beneficiários que estão com tratamento médico em curso. 2. Não há que se falar em negativa de prestação jurisdicional na hipótese, pois todas as questões



suficientes ao julgamento da causa foram devidamente analisadas no acórdão recorrido. 3. O posicionamento adotado pelo Tribunal de origem diverge da jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, a qual proclama ser perfeitamente possível a rescisão unilateral e imotivada de contrato coletivo de plano de saúde, desde que cumprido o prazo de vigência de 12 (doze) meses, bem como haja notificação prévia do contratante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, uma vez que o art. 13, inciso II, da Lei 9.656/1998, incide tão somente nos contratos individuais ou familiares. 4. Entretanto, 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, observando-se, assim, os princípios da boa-fé, da segurança jurídica e da dignidade da pessoa humana. 4.1. Com efeito, a liberdade de contratar não é absoluta, devendo ser exercida nos limites e em razão da função social dos contratos, notadamente em casos como o presente, cujos bens protegidos são a saúde e a vida do beneficiário, os quais se sobrepõem a quaisquer outros de natureza eminentemente contratual, impondo-se a manutenção do vínculo contratual entre as partes até que os referidos beneficiários encerrem o respectivo tratamento médico. 4.2. Ademais, não se pode olvidar que a própria Lei dos Planos de Saúde (Lei n. 9.656/1998) estabelece, em seu art. 8º, § 3º, alínea "b", que as operadoras privadas de assistência à saúde poderão voluntariamente requerer autorização para encerramento de suas atividades, desde que garanta a continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento médico, dentre outros requisitos. 4.3. Assim sendo, tomando como base uma interpretação sistemática e teleológica da referida lei, é de se concluir que o disposto no art. 8º, § 3º, alínea "b", da Lei n. 9.656/1998, que garante a continuidade da prestação de serviços de saúde aos beneficiários internados ou em tratamento médico, deverá ser observado não só nos casos de encerramento das atividades da operadora de assistência à saúde, mas também quando houver rescisão unilateral do plano de saúde coletivo, como ocorrido na espécie, razão pela qual deve ser restabelecida a sentença de procedência parcial do pedido. 5. Recurso especial parcialmente provido. (STJ. RECURSO ESPECIAL Nº 1.818.495 - SP (2019/0159700-8))

Extrai-se portanto, que ainda que se admita a extinção do vínculo contratual e, por consequência, 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.



Ademais, tratando-se de relação de consumo, o consumidor é a parte vulnerável da demanda e, portanto, a interpretação da lei lhe deve ser feita de forma mais favorável.

Outrossim, entende-se ainda que a operadora deve inscrever o recém-nascido como beneficiário do plano de saúde por ser neta do titular, filha de dependente, haja vista que se mostra abusiva a limitação da cobertura assistencial aos primeiros trinta dias de vida do menor.

2. CONCLUSÃO

Ante o exposto, orientamos os consumidores catarinenses que tiverem conhecimento acerca da infração à legislação em tela, que busquem o Procon Municipal de sua cidade ou ao PROCON/SC para que sejam adotadas as medidas cabíveis ao caso.

Florianópolis (SC), 04 de abril de 2022.

TIAGO SILVA
DIRETOR DO PROCON/SC