



Número: **0839296-09.2017.8.14.0301**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **2ª Turma de Direito Privado**

Órgão julgador: **Desembargador ALEX PINHEIRO CENTENO**

Última distribuição : **06/09/2023**

Valor da causa: **R\$ 237.111,81**

Processo referência: **0839296-09.2017.8.14.0301**

Assuntos: **Dever de Informação, Práticas Abusivas, Irregularidade no atendimento**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Advogados
M. M. V. L. M. (APELANTE)	RAIMUNDO ROLIM DE MENDONCA JUNIOR (ADVOGADO) DILSON JOSE BASTOS DE LEMOS (ADVOGADO)
M. V. V. L. M. (APELANTE)	RAIMUNDO ROLIM DE MENDONCA JUNIOR (ADVOGADO) DILSON JOSE BASTOS DE LEMOS (ADVOGADO)
M. F. V. L. M. (APELANTE)	RAIMUNDO ROLIM DE MENDONCA JUNIOR (ADVOGADO) DILSON JOSE BASTOS DE LEMOS (ADVOGADO)
AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A. (APELADO)	ANTONIO DE MORAES DOURADO NETO (ADVOGADO)

Outros participantes	
MINISTERIO PUBLICO DO ESTADO DO PARA (AUTORIDADE)	MARIA DO SOCORRO PAMPLONA LOBATO (PROCURADOR)

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
22922387	30/10/2024 09:30	<a href="#">Acórdão</a>	Acórdão

# TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARÁ

**APELAÇÃO CÍVEL (198) - 0839296-09.2017.8.14.0301**

APELANTE: M. M. V. L. M., M. V. V. L. M., M. F. V. L. M.

APELADO: AMIL ASSISTENCIA MEDICA INTERNACIONAL S.A.

**RELATOR(A):** Desembargador ALEX PINHEIRO CENTENO

## EMENTA

**DIREITO CIVIL E DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. COBERTURA DE INTERNAÇÃO EM UTI NEONATAL. RECÉM-NASCIDOS NÃO INSCRITOS COMO DEPENDENTES. EXTENSÃO DA COBERTURA. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO.**

### **I. CASO EM EXAME**

Apelação interposta por M. M. V. L. M., M. V. V. L. M. e M. F. V. L. M., representadas pelo genitor, contra sentença que julgou improcedente pedido de obrigação de fazer em desfavor da Amil Assistência Médica Internacional S/A, que limitou a cobertura de internação em UTI neonatal a trinta dias, mesmo diante da condição prematura e do quadro clínico grave das recém-nascidas. Requer a extensão da cobertura até a alta médica.

### **II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO**

Há duas questões em discussão: (i) determinar se é abusiva a limitação contratual da cobertura de internação neonatal a trinta dias para recém-nascidos prematuros não inscritos formalmente como beneficiários; e (ii) analisar se há fundamento para obrigar a operadora de plano de saúde a custear as despesas de internação até a alta médica, com base na aplicação conjunta da Lei de Planos de Saúde e do Código de Defesa do Consumidor.

### **III. RAZÕES DE DECIDIR**

A operadora de plano de saúde, sendo fornecedor de serviços, integra uma relação de consumo regida pelo Código de Defesa do Consumidor, devendo observar os princípios de boa-fé objetiva e função social do contrato, em especial quando envolvem situações de risco à vida e à saúde dos usuários.

A Lei nº 9.656/1998, no art. 12, III, "a", prevê cobertura obrigatória a recém-nascidos filhos do consumidor ou de seu dependente durante os primeiros trinta dias após o parto, sem limitação para casos de urgência ou emergência, sendo inadmissível negar extensão da cobertura em situações de continuidade terapêutica essencial.

A negativa da operadora em estender a cobertura por período superior a trinta dias, quando as recém-nascidas se encontravam em condição grave e necessitavam de cuidados intensivos, representa violação ao direito à saúde e à dignidade humana, conforme jurisprudência consolidada do STJ, que reconhece a abusividade de



cláusulas restritivas que limitem cobertura essencial.

A comunicação inicial da operadora de que a cobertura seria garantida conforme determinação médica reforça a falha no dever de informação, essencial ao equilíbrio contratual, não podendo as cláusulas de adesão em contrato de plano de saúde ser interpretadas em desfavor do consumidor.

#### **IV. DISPOSITIVO E TESE**

Recurso provido.

*Tese de julgamento:* 1. Em planos de saúde coletivos, a limitação de cobertura de internação neonatal a trinta dias é abusiva quando há indicação médica de necessidade contínua de internação, devendo a cobertura ser mantida até a alta médica para assegurar a preservação da saúde e vida do recém-nascido. 2. Em situações de emergência ou urgência, é aplicável o Código de Defesa do Consumidor em consonância com a Lei de Planos de Saúde para assegurar a extensão de cobertura em favor do usuário equiparado, independentemente de sua inscrição formal.

*Dispositivos relevantes citados:* CF/1988, art. 5º, caput; Lei nº 9.656/1998, arts. 12, III, “a”, e 35-C; CDC, art. 6º, III e art. 47.

*Jurisprudência relevante citada:* STJ, REsp nº 1.953.191/SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, Terceira Turma, j. 23.02.2022; TJPR, AI nº 0054280-31.2022.8.16.0000, Rel. Des. Elizabeth Maria de Franca Rocha, j. 16.03.2023.

### **RELATÓRIO**

Trata-se de recurso de Apelação interposto contra a sentença proferida pelo Juízo da 9ª Vara Cível e Empresarial de Belém que, nos autos da **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA**, julgou totalmente improcedente a demanda e extinguiu o feito com resolução do mérito, com fulcro no artigo 487, inciso I do CPC.

A demanda foi proposta pelas trigêmeas M. M. V. L. M., M. V. V. L. M. e M. F. V. L. M., representadas pelo genitor VITORIO CANTUARIA MOUTINHO NETO, diante da limitação da ré para cobertura de internação em UTI neonatal, por período superior a 30 (trinta) dias.

Na inicial, consta que a genitora das autoras é beneficiária de plano de saúde da apelada AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S/A, com cobertura de obstetrícia e da qual se valeu para o parto das trigêmeas, ocorrido no dia 22.09.2017, de forma prematura.

A peça de ingresso também informa que em razão de quadro grave e complexo, as trigêmeas demandaram a utilização de aparelhos para desenvolver a função respiratória, devido a insuficiência de seus pulmões, motivo pelo qual, após o nascimento, foram imediatamente encaminhadas para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do hospital onde nasceram. Houve necessidade de permanecerem na UTI por mais de 30 (trinta) dias.

Pontua ainda, que o titular do plano de saúde é o avô materno das menores e nessa condição, foi quem buscou primeiramente o teleatendimento perante a operadora de saúde para saber quanto tempo as crianças poderiam se beneficiar da cobertura do plano, momento em que foi informado pela preposta da AMIL, que “**PODERIAM UTILIZAR DO PLANO DE SAÚDE PELO TEMPO QUE FOSSE NECESSÁRIO**” e que seria “o médico responsável quem determinaria o quanto as mesmas ficariam internadas”, tudo conforme gravação telefônica acostada ao feito.



Não obstante, complementa que poucos dias após o referido contato telefônico, o hospital enviou uma mensagem via aplicativo *WhatsApp* para a genitora, informando que a operadora somente se responsabilizaria até o trigésimo dia após o nascimento das mesmas, devendo ser providenciada alguma forma de garantia para os custos que já alcançavam mais de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

Sem condições de arcar com os vultuosos valores e receosas com a hipótese de não lhes ser dispensado o devido tratamento médico, não restou alternativa a não ser o ingresso da presente demanda, até porque, no momento do ajuizamento (mais de sessenta dias do nascimento), remanescia a alta médica em relação a uma das autoras.

Nesse cenário, foi requerida a tutela provisória no sentido de imputar imediatamente à ré a cobertura das despesas hospitalares; no mérito, a procedência do pedido de extensão da cobertura do plano de saúde da genitora às menores, **até a alta definitiva daquelas.**

Indeferida a tutela antecipada, conforme decisão vinculada ao ID 5840514.

A ré, ora apelada, apresentou contestação, afirmando que o beneficiário titular era o avô das autoras e de acordo com disposição contratual, apenas o cônjuge e filhos podem ser incluídos como dependentes, excluindo-se, portanto, os netos. Destacou que cobriu todas as despesas inerentes ao parto e demais exames/procedimentos das trigêmeas, demonstrando que a prestação de serviços pela Amil fora realizada e que não haveria o que se falar em obrigatoriedade de custear eventuais despesas hospitalares após o trigésimo dia do nascimento daquelas. Pugnou, ao final, pela total improcedência da ação.

Após regular instrução do feito, sobreveio a sentença que decidiu pela **improcedência** da demanda, conforme trecho que ora reproduzo:

“(…) A controvérsia da presente lide apontada pela reside no fato se as Autoras têm ou não o direito de receber os benefícios do contrato de plano de saúde da Amil em que sua mãe é dependente, tendo como beneficiário titular o avô das autoras.

Compulsando os autos verifico que o contrato objeto da lide é do tipo coletivo empresarial, em razão do convênio realizado entre a Operadora de Saúde e a empresa SOLID – Consultoria Geológica LTDA ME, tendo como Titular do plano, o Sr. Albano Antonio da Silva Leite, conforme Carteira do plano de saúde da genitora das autoras de ID 3057378 e documento anexado em contestação ao ID 4994007 - Pág. 4, sendo que por meio deste último se observa que o sr. Albano (avô das Autoras) possui como dependentes em seu plano de saúde sua cônjuge e 02 (duas) filhas, dentre elas a Sr<sup>a</sup> Juliany, genitora das Autoras.

Sob esse prisma, a orientação jurisprudencial, bem como da ANS por meio da SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012 é de que nos planos coletivos – intermediados por pessoa jurídicas, como no caso em tela - podem aderir ao plano de saúde o grupo familiar desde que e de acordo com a previsão contratual, senão vejamos o teor da referida súmula sobre o caso em tela, notadamente itens 4 e 6:

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.**

O Contrato de plano de saúde celebrado, por sua vez, prevê em cláusula 2.6.1, os possíveis dependentes em relação ao beneficiário titular, conforme ID 4994035 - Pág. 8:

**2.6.1 – Poderão ser incluídos como BENEFICIÁRIOS dependentes, com relação ao BENEFICIÁRIO titular, apenas no mesmo plano do BENEFICIÁRIO titular, as seguintes pessoas, desde que comprovado o vínculo:**

- a) esposa(o) ou companheira(o), comprovada a relação estável pelos documentos pertinentes;**
- b) filhos(as) solteiros(as) naturais, adotivos, com guarda provisória ou definitiva, enteados e os tutelados na forma da lei, desde que possuam até 58 (cinquenta e oito) anos completos;**
- c) filhos(as) inválidos, declarados no Imposto de Renda do BENEFICIÁRIO TITULAR.**

Logo, considerando que o beneficiário titular é o Sr. Albano – avô das Autoras – e de acordo com a disposição acima, as autoras na qualidade de netas estariam excluídas da inclusão como dependente, não sendo vislumbrado, portanto, conduta abusiva ou ilegal da requerida, pois agiu nos termos da SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012 DA ANS, bem como dentro dos limites contratuais.

Além disso, destaco previsão expressa na Lei de Planos de Saúde, arts. 12, III, “a”:

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência de planos ou seguro privados de assistência à saúde que contenham redução ou extensão da cobertura assistencial e do padrão de conforto de internação hospitalar, em relação ao plano referência definido no art. 10, desde que observadas 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;

Dessa maneira, diante da impossibilidade de inclusão das autoras como beneficiárias do plano de saúde por não preencherem a condição de dependentes do titular do plano de saúde, e considerando a previsão legal de esgotamento do prazo de 30 dias após o parto para cobertura médica, não vislumbro a ocorrência de ato ilícito, não tendo como obrigar o plano de saúde a contratar com as autoras.

No que tange à alegação da autora de informação contrária transmitida em tele atendimento da requerida conforme gravação de ID 3057428, entendo que eventual informação emitida em atendimento telefônico não pode contrariar texto de lei e prevalecer sobre previsão contratual, conforme dito acima.

Isto posto, JULGO TOTALMENTE IMPROCENTE o pedido das autoras com fundamento no art. 12, III, a, da Lei Federal nº 9.656/98 e SÚMULA NORMATIVA Nº 25, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012 da ANS, itens 4 e 6 (...)

Inconformadas, as autoras se insurgem contra a decisão, pugnando pela reforma do julgado, destacando os seguintes argumentos: **A) a aplicação do Código de Defesa do Consumidor e da responsabilidade da ré pelas informações prestadas B) a possibilidade de extensão dos trinta dias de cobertura do plano de saúde aos recém-nascidos; C) a necessária observância ao princípio da dignidade da pessoa humana ao caso concreto.**

Contrarrrazões apresentadas pugnando pelo desprovimento do apelo (ID 5840682).

Recebi a relatoria do feito por redistribuição administrativa.

Parecer da I. Procuradoria de Justiça, pelo desprovimento do recurso (ID 17554273).

É o Relatório.

## VOTO



## JUÍZO DE ADMISSIBILIDADE

Avaliados os pressupostos processuais subjetivos e objetivos deduzidos pela apelante, tenho-os como regularmente constituídos, razão pela qual conheço do recurso. Conheço, ainda, as Contrarrazões apresentadas.

### a) Questões preliminares:

#### a.1) **Dialecicidade Recursal.**

A apelada suscitou em Contrarrazões, preliminar de não conhecimento do apelo, aduzindo que o recurso não combate os fundamentos da sentença, violando assim o princípio da dialeticidade recursal.

A preliminar de dialeticidade recursal não merece acolhimento.

Da análise detida da peça recursal, verifico que a parte apelante se utilizou de argumentos suficientes para infirmar os fundamentos constantes na sentença, apresentando o pedido e a causa de pedir que combatem a conclusão utilizada pelo magistrado de origem na decisão que julgou improcedente o pedido inicial.

Assim, uma vez que o recorrente expôs de forma satisfatória as razões pelas quais entende que a decisão deve ser reformada, restaram atendidos os requisitos estabelecidos no art. 1.010, II, III e IV do CPC.

**REJEITO** a preliminar.

### b) Mérito:

Observando o estrito limite do pedido, discute-se nos autos a **possibilidade de extensão da cobertura de plano de saúde da genitora às filhas menores, até a alta médica definitiva daquelas.**

Esclareço, de início, que o contrato objeto da lide é do tipo coletivo empresarial, em razão do convênio realizado entre a AMIL S/A e a empresa “SOLID – Consultoria Geológica LTDA ME”, tendo como titular do plano, o Sr. Albano Antonio da Silva Leite, e como dependentes, sua esposa e duas filhas, dentre elas, a genitora das recorrentes.

Na hipótese dos autos, **não há discordância das partes quanto ao fato de que as autoras, nascidas prematuramente, necessitaram permanecer na UTI neonatal, por prazo superior a 30 (trinta) dias, devido à necessidade imediata e vital de utilização de aparelhos para desenvolver a função respiratória, devidamente documentada por relatório médico. Também incontroverso que a operadora de plano de saúde recorrida pretendeu suspender a cobertura após o referido prazo,**

conduta que resultou na presente demanda pautada na obrigação de fazer.

Pois bem.

Apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos precipuamente pela Lei nº 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.

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:"

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).

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 nº 9.656/98), **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.**

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, 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.

Nesse sentido, cito a Jurisprudência do C. STJ e dos Tribunais Pátrios (grifei):

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

**AGRAVO DE INSTRUMENTO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – DECISÃO QUE INDEFERIU TUTELA DE URGÊNCIA PARA INCLUSÃO DE RECÉM-NASCIDO NO PLANO DE SAÚDE DE SEUS GENITORES, COM ISENÇÃO DO PERÍODO DE CARÊNCIA – NEGATIVA DA OPERADORA SOB A JUSTIFICATIVA DE INOBSERVÂNCIA DO PRAZO DE TRINTA DIAS – ART. 12, INC.III, B DA LEI Nº 9.656/98 – ACOLHIMENTO DA INSURGÊNCIA RECURSAL – MENOR QUE NASCEU PREMATURO, COM MÁS CONDIÇÕES DE VITALIDADE, NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO MECÂNICA E IMEDIATA INTERNAÇÃO EM UTI NEONATAL POR CERCA DE UM MÊS – POSTERIOR ENCAMINHAMENTO À ENFERMARIA PARA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS MÉDICOS POR MAIS OITO DIAS – EXCEPCIONALIDADE DA SITUAÇÃO DEMONSTRADA - MANUTENÇÃO DO ACOMPANHAMENTO MÉDICO, ANTE A POSSIBILIDADE DE PIORA DO QUADRO CLÍNICO E AGRAVAMENTO DE SEQUELAS DECORRENTES DA MÁ-FORMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO – PRINCÍPIOS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E DA BOA-FÉ OBJETIVA – DECISÃO REFORMADA. Agravo de Instrumento provido. (TJPR - 10ª Câmara Cível - 0054280-31.2022.8.16.0000 - Maringá - Rel.: DESEMBARGADORA ELIZABETH MARIA DE FRANCA ROCHA - J. 16.03.2023)**



**AGRAVO DE INSTRUMENTO - PLANO DE SAÚDE - RECÉM-NASCIDO NÃO INSCRITO COMO BENEFICIÁRIO - NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM UTI - SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA - DIREITO À SAÚDE - NEGATIVA COBERTURA - LIMITAÇÃO A TRINTA DIAS - ABUSIVIDADE - COBERTURA ATÉ ALTA HOSPITALAR - DECISÃO MANTIDA - RECURSO DESPROVIDO.** 1. Nos termos da Lei nº 9.656/98, quando o plano de saúde incluir atendimento obstétrico, o recém-nascido, filho da beneficiária, tem cobertura assegurada durante os primeiros 30 (trinta) dias de vida. 2. Se a criança foi internada para atendimento de urgência dentro dos 30 (trinta) dias iniciais de vida, mas a urgência se estendeu para além do prazo legal, deve haver a cobertura do tratamento médico, mesmo se não tiver ocorrido a adesão ao plano de saúde. 3. Decisão mantida. Negar provimento ao recurso. (TJ-MG - AI: 05645518920238130000, Relator: Des.(a) Sandra Fonseca, Data de Julgamento: 11/07/2023, 6ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/07/2023)

Assim, 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, em razão de falta de previsão contratual que estenda a cobertura aos netos do beneficiário, como no caso concreto.

Aliás, quanto ao particular, é certo que num primeiro momento a apelada informou ao titular do plano de saúde a possibilidade de cobertura da internação de suas netas até a alta hospitalar, porém, dias depois, a negativa de inclusão e de custeio foi expressa, além da limitação, em trinta dias, do prazo de cobertura às recém-nascidas.

Ora, a comunicação de possibilidade de cobertura do plano até a alta hospitalar foi gravada e tal prova não fora impugnada especificamente na defesa apresentada pela operadora de plano de saúde.

No mínimo, a ré falhou no dever de informação, previsto no art. 6º, III, do CDC, pois comprovadamente alterou a informação primária de possibilidade cobertura, para passar a exigir o custeio dos valores de internação pelo beneficiário.

Ressalta-se que não se desconhece que a operadora de plano de saúde está obrigada no limite do pacto, mas não se deve perder de vista que a interpretação das normas que regem os planos de saúde deve ser realizada em consonância com as regras do Código de Defesa do Consumidor.

E, mais, considerando-se a garantia constitucional do direito à vida, afigura-se inviável indeferir o pedido de custeio da internação/tratamento até a alta médica das menores prematuras, com fulcro em cláusula restritiva contida em contrato de adesão, especialmente quando considerada a tenra idade das recorrentes e a gravidade do quadro clínico apresentado.

Portanto, considerando que a contratação de um plano de saúde tem como objetivo assegurar amparo à vida e à saúde do consumidor, as quais, indubitavelmente, encontram-se em um patamar superior de proteção em relação a qualquer interesse de ordem patrimonial, devem as cláusulas limitativas ou obstativas das obrigações, assumidas pelas seguradoras de saúde, ser interpretadas à luz da boa-fé objetiva e sempre da maneira mais favorável ao consumidor, em consonância com o artigo 47 do CDC, a saber:

"Art. 47. As cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor."

Tal interpretação deve ser realizada, mais ainda, no caso de contratos de adesão, previsto no art. 54, do CDC, como o dos autos, na medida em que o consumidor somente adere às cláusulas do pacto, sem poder a elas se opor, nem sequer travar qualquer discussão, antes de contratar.

Nesse diapasão, independentemente de leis ou de atos regulamentares, a operadora deve garantir o atendimento, diante das situações desfavoráveis de saúde.



Logo, por onde quer que se observe ou se analise a controvérsia, ao contrário do julgador de origem, considero abusiva a atitude da demandada de tentar descontinuar o pagamento da internação de neonato após ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias de seu nascimento, havendo nítido descumprimento contratual no comportamento desidioso da ré, que deixou de observar o dever de cuidado, anexo à boa-fé objetiva e à dignidade da pessoa humana.

De outro lado, com base na jurisprudência do C. STJ, ao norte destacada, restaria assegurado o desembolso pelas recorrentes das mensalidades do plano de saúde como se inscritas fossem, durante o período da internação. Ocorre que não há pedido administrativo ou judicial de inclusão das menores no plano de saúde da ré, o que a meu ver, obstaculiza o deferimento de ressarcimento, diante da falta do pedido principal (inclusão).

Assim, com base nessas premissas e observando o estrito limite do pedido, entendo ser necessária a reforma da sentença para julgar procedente **o pedido de extensão da cobertura do plano de saúde da genitora às recorrentes, até a alta médica definitiva daquelas.**

**Recurso conhecido e provido.**

## **DISPOSITIVO**

Ante o exposto, **CONHEÇO** do Recurso de Apelação e **DOU-LHE PROVIMENTO** para reformar a sentença e julgar procedente o pedido de condenação da apelada à obrigação de estender a cobertura do plano de saúde em questão às recorrentes, até a alta médica definitiva daquelas, tudo conforme a fundamentação.

Por fim, inverte o ônus sucumbencial para condenar a apelada ao pagamento das custas e dos honorários fixados na sentença.

Belém, 29/10/2024

