



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2725350 - PE (2024/0312885-1)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
ADVOGADOS : MARIA EMILIA GONÇALVES DE RUEDA - PE023748
GISELE CRISTINE FERREIRA COSTA - DF016598
AGRAVADO : MATEUS NOBRE DE LACERDA FONSECA (MENOR)
REPR. POR : MARIO FONSECA NETO
ADVOGADO : FERNANDO PETRUCIO FRIEDHEIM JUNIOR - PE023113

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. OMISSÃO. DEFICIÊNCIA RECURSAL. APLICAÇÃO DA SÚMULA N. 284 DO STF, POR ANALOGIA. RECÉM-NASCIDO. NETO DO TITULAR E FILHO DE CONSUMIDOR DEPENDENTE. DIREITO DE INSCRIÇÃO NO PLANO. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO.

1. Não se pode conhecer da apontada violação do art. 1.022, II, do CPC, porquanto as alegações que fundamentaram a suposta ofensa são genéricas, sem indicação efetiva dos pontos omissos, contraditórios ou obscuros. Tal deficiência impede a abertura da instância especial, nos termos da Súmula n. 284 do STF, aplicável, por analogia, nesta Corte.

2. No julgamento do REsp n. 2.049.636/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 28/4/2023, a Terceira Turma firmou entendimento no sentido de que se deve *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)*.

3. Logo, o acórdão de origem encontra-se alinhado com a jurisprudência desta Corte, sendo inafastável, no caso, a incidência da Súmula n. 83 do STJ.

4. Agravo conhecido para conhecer em parte o recurso especial e, nessa extensão, a ele negar provimento.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 06/05/2025 a 12/05/2025, por unanimidade, conhecer parcialmente do recurso, mas lhe negar provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Nancy Andrighi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira votaram com o Sr. Ministro Relator.

Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 13 de maio de 2025.

Ministro MOURA RIBEIRO
Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 2725350 - PE (2024/0312885-1)

RELATOR : MINISTRO MOURA RIBEIRO
AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL
ADVOGADOS : MARIA EMILIA GONÇALVES DE RUEDA - PE023748
GISELE CRISTINE FERREIRA COSTA - DF016598
AGRAVADO : MATEUS NOBRE DE LACERDA FONSECA (MENOR)
REPR. POR : MARIO FONSECA NETO
ADVOGADO : FERNANDO PETRUCIO FRIEDHEIM JUNIOR - PE023113

EMENTA

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. OMISSÃO. DEFICIÊNCIA RECURSAL. APLICAÇÃO DA SÚMULA N. 284 DO STF, POR ANALOGIA. RECÉM-NASCIDO. NETO DO TITULAR E FILHO DE CONSUMIDOR DEPENDENTE. DIREITO DE INSCRIÇÃO NO PLANO. POSSIBILIDADE. PRECEDENTES DO STJ. AGRAVO CONHECIDO. RECURSO ESPECIAL CONHECIDO EM PARTE E, NESSA EXTENSÃO, NÃO PROVIDO.

1. Não se pode conhecer da apontada violação do art. 1.022, II, do CPC, porquanto as alegações que fundamentaram a suposta ofensa são genéricas, sem indicação efetiva dos pontos omissos, contraditórios ou obscuros. Tal deficiência impede a abertura da instância especial, nos termos da Súmula n. 284 do STF, aplicável, por analogia, nesta Corte.

2. No julgamento do REsp n. 2.049.636/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 28/4/2023, a Terceira Turma firmou entendimento no sentido de que se deve *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)*.

3. Logo, o acórdão de origem encontra-se alinhado com a jurisprudência desta Corte, sendo inafastável, no caso, a incidência da Súmula n. 83 do STJ.
4. Agravo conhecido para conhecer em parte o recurso especial e, nessa extensão, a ele negar provimento.

RELATÓRIO

Trata-se de agravo em recurso especial interposto por CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO BRASIL (CASSI) contra decisão que não admitiu seu apelo nobre manejado com fundamento no art. 105, III, alínea *a*, da CF contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de Pernambuco, assim ementado:

APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. PRINCÍPIO DA BOA-FÉ CONTRATUAL. INCLUSÃO DE FILHO COMO DEPENDENTE NO PLANO DE SAÚDE. GENITOR BENEFICIÁRIO DEPENDENTE. POSSIBILIDADE. DANO MORAL NÃO CONFIGURADO.

- 1. Debate acerca da possibilidade de inclusão de filhos de beneficiário dependente em plano de saúde.*
- 2. A legislação vigente garante a inclusão de filho, com isenção de carência, no plano de saúde do ascendente até 30 dias após o seu nascimento ou adoção, conforme o Artigo 12, III, b, da Lei 9.656/98.*
- 3. O simples inadimplemento contratual não gera dano moral, especialmente quando inexistem situações especiais que pudessem justificá-lo, como na hipótese dos autos. Não vislumbro, portanto, ofensa a direito personalíssimo do autor.*
- 4. Recurso parcialmente provido. Decisão unânime (e-STJ, fl. 252).*

Nas razões de seu agravo, a CASSI defendeu o desacerto da decisão que não admitiu o seu apelo nobre (e-STJ, fls. 399/419).

Foi apresentada contraminuta (e-STJ, fls. 454/470).

É o relatório.

VOTO

O agravo merece que dele se conheça, porém o recurso especial adjacente não merece ser provido, nos termos da seguinte fundamentação.

Do agravo em recurso especial

O agravo é espécie recursal cabível, foi interposto tempestivamente e com impugnação adequada aos fundamentos da decisão recorrida.

CONHEÇO, portanto, do agravo e passo ao exame do recurso especial, que, não merece prosperar.

Nas razões de seu apelo nobre interposto com base no art. 105, III, alínea a, da CF, a CASSI alegou a violação dos arts. 1.022, II, do CPC; 53, 54 e 59, todos do CC /02; e 12, III, b, da Lei n. 9.656/98, ao sustentar, em síntese, **(1)** omissão no acórdão recorrido, sob o entendimento de que *em seus aclamatórios, foram tratados de temas importantíssimos que não foram apreciados pelo tribunal a quo, inclusive, no corpo da petição, constaram os dispositivos violados e não enfrentados pelo tribunal*; e **(2)** não está legalmente obrigada a permitir o ingresso de neto do beneficiário titular do plano de saúde.

Pois bem!

(1) Da omissão

Inicialmente, verifica-se que, apesar de apontar a ofensa ao art. 1.022 do CPC, a CASSI não indicou, precisamente, quais seriam os vícios perpetrados pela Corte pernambucana, ou seja, não especificou os pontos omissos ou contraditórios do aresto combatido, limitando-se a afirmar que o TJPE não teria apreciado os pontos invocados nas razões do seu apelo.

Sendo assim, inviável a análise de violação dos referidos dispositivos processuais, pois a veiculação do inconformismo de forma genérica, sem a especificação dos pontos reputados omissos, obscuros ou contraditórios no julgamento do aresto combatido, inviabiliza a compreensão da controvérsia, atraindo, no particular, a incidência da Súmula n. 284 do STF.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. OMISSÃO. NÃO DEMONSTRADA. OCORRÊNCIA. DIREITO DE REGRESSO. VERIFICAÇÃO. INVIABILIDADE. NECESSIDADE DE REEXAME FÁTICO. SÚMULA 7/STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. NÃO DEMONSTRAÇÃO. AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS LEGAIS. ENUNCIADO 284 DA SÚMULA. MULTA DO ART. 1.026, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015. CARÁTER PROTELATÓRIO. INEXISTÊNCIA. AFASTAMENTO. PARCIAL PROVIMENTO.

1. O agravante limitou-se a mencionar, genericamente, que houve omissão sem, contudo, esclarecer os pontos sobre os quais o Tribunal de origem foi omissos, atraindo o óbice do enunciado 284 da Súmula do STF.

[...]

5. Agravo interno parcialmente provido.

(AgInt no AREsp n. 1.493.638/SP, relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado aos 11/5/2020, DJe de 18/5/2020 - sem destaque no original)

Além do mais, a jurisprudência desta Corte possui o entendimento de que **os embargos de declaração têm por objetivo sanar omissão, obscuridade ou contradição no julgado e que, ausentes os vícios indicados no art. 535 do CPC/73, não cabe utilizá-los com o intuito exclusivo de prequestionar a matéria**(EDcl no AgRg no REsp 1.499.467/RS, Rel. Ministra DIVA MALERBI, Desembargadora convocada do TRF da 3ª Região, Segunda Turma, DJe 12/2/2016).

(2) Da possibilidade de inclusão do neto do beneficiário titular do plano de saúde

O Tribunal pernambucano, soberano na análise fático-probatória, expressamente consignou que

[...] Inicialmente, observe-se que, apesar da inaplicabilidade do CDC aos planos de autogestão (inteligência da recém editada Súmula 608 do STJ), há que se verificar que as cláusulas supostamente abusivas podem ser afastadas, a teor da lei específica dos planos de saúde (Lei nº 9.656/98), bem assim do CC/2002, que também impede restrições não previstas no contrato de prestação de serviços, bem como dispõe, por exemplo, que cláusulas ambíguas ou contraditórias devem ser interpretadas em favor do aderente (artigo 423 do Código Civil).

A matéria controvertida limita-se a analisar a possibilidade jurídica de inscrição de recém-nascido, neto por afinidade da titular, em plano de saúde, na condição de dependente.

É importante salientar que o apelante MARIO FONSECA NETO, genitor do recém-nascido, é beneficiário do contrato de seguro saúde firmado pela Sr.ª Maria Alice Fernandes com a demandada, e a legislação vigente garante a inclusão de filho, com isenção de carência, no plano de saúde do ascendente até 30 dias após o seu nascimento ou adoção, conforme o Artigo 12, III, b, da Lei 9.656/98.

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 obstetritz habilitados, conforme legislação vigente, de acordo com o art. 6º." (grifei)

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.

Cumpre ressaltar que o raciocínio ora adotado, amparado no princípio da boa-fé, 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. Isto porque, ainda que o recém-nascido, ora autor, não fosse considerado dependente da titular nos termos contratuais, entende-se que o seu genitor, dependente da titular, tem direito ao benefício de incluir seu descendente no plano de saúde.

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

A postura da ré, sem dúvida, contrapõe-se aos princípios da função social do contrato, ainda mais considerando a natureza do serviço prestado, da boa-fé e da equidade.

[...]

Com tais considerações, voto no sentido de DAR PARCIAL PROVIMENTO AO RECURSO, para condenar a demandada a proceder à inclusão do filho do autor na apólice de titularidade da avó, sem prejuízo do aumento proporcional do valor da contraprestação, tudo conforme o incluso voto, que passa a integrar este julgado.

Em virtude da sucumbência recíproca, redistribuo o ônus sucumbencial, condenando ambas as partes ao pagamento das custas processuais, e honorários advocatícios, estes fixados em 10% sobre o valor da causa, na proporção de 50% (cinquenta por cento) para cada (e-STJ, fls. 244/253 - sem destaques no original).

A matéria aqui tratada foi objeto de exame pela eg. Terceira Turma desta Corte no julgamento do REsp n. 2.049.636/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 28/4/2023, que firmou orientação de que **1)** 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); **2)** 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; **3)** 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); **4)** 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; **5)** 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; **6)** n essas 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; **7)** 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; e **8)** 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.

A propósito, eis a ementa do referido julgado:

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 nºs 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 nº 9.656/1998 e arts. 23, II e III, da RN-ANS nº 428/2017 e 21, II e III, da RN-ANS nº 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 nº 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.

(REsp n. 2.049.636/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 25/4/2023, DJe de 28/4/2023)

Em razão de sua clareza, peço vênias para trazer à colação trecho do voto proferido pelo em. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA:

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 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 (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 obstetriz 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 nº 428 /2017 ou RN-ANS nº 465/2021) segue a melhor interpretação que se pode dar ao art. 12, III, "b", da Lei nº 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 nº 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 2º; inclusive os de seguro, a teor do subsequente artigo 3º, § 2º). 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).

Cumprе 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 (com destaques no original).

Nesse sentido, confira-se o recente julgado da eg. Terceira Turma:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CONTRATO COLETIVO. ACÓRDÃO RECORRIDO COM FUNDAMENTAÇÃO SUFICIENTE. AUSÊNCIA

DE OMISSÃO. ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIO. MENOR, NETO DO TITULAR E FILHO DE DEPENDENTE. PROSSIBILIDADE.

1. Inexiste a alegada ofensa ao art. 1.022 do Código de Processo Civil, pois a prestação jurisdicional foi dada na medida da pretensão deduzida, conforme se depreende da análise do acórdão recorrido.

2. No julgamento do REsp n. 2.049.636/SP, relator Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, DJe de 28/4/2023, a Terceira Turma firmou entendimento no sentido de que "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)".

Agravo interno improvido.

(AgInt no AREsp n. 2.678.885/SP, relator Ministro Humberto Martins, Terceira Turma, julgado em 17/3/2025, DJEN de 20/3/2025 - sem destaque no original)

Em resumo, ao meu sentir, o acórdão recorrido está em consonância com a jurisprudência aqui dominante, no sentido de que se deve 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 (arts. 12, III, *b*, da Lei n. 9.656/1998; e 23, II e III, da RN-ANS n. 428/2017 e 21, II e III, da RN-ANS n. 465/2021).

Nessas condições, **CONHEÇO** do agravo para **CONHECER EM PARTE** do apelo nobre e, nessa extensão, a ele **NEGAR PROVIMENTO**.

MAJORO em 5% o valor dos honorários advocatícios anteriormente fixados em favor de MATEUS NOBRE DE LACERDA FONSECA, limitados a 20%, nos termos do art. 85, § 11, do CPC.

É o voto.

Por oportuno, previno que a interposição de recurso contra esta decisão, se declarado manifestamente inadmissível, protelatório ou improcedente, poderá acarretar condenação nos termos do art. 1.026, § 2º, do CPC.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

TERMO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

**AREsp 2.725.350 / PE
PROCESSO ELETRÔNICO**

Número Registro: 2024/0312885-1

Número de Origem:
00154164420188172001

Sessão Virtual de 06/05/2025 a 12/05/2025

Relator

Exmo. Sr. Ministro MOURA RIBEIRO

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro HUMBERTO MARTINS

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. MARIA IRANEIDE OLINDA SANTORO FACCHINI

Secretário

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

**AGRAVANTE : CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO
BRASIL**

**ADVOGADOS : GISELE CRISTINE FERREIRA COSTA - DF016598
MARIA EMILIA GONÇALVES DE RUEDA - PE023748**

AGRAVADO : MATEUS NOBRE DE LACERDA FONSECA (MENOR)

REPR. POR : MARIO FONSECA NETO

ADVOGADO : FERNANDO PETRUCIO FRIEDHEIM JUNIOR - PE023113

ASSUNTO : DIREITO DA SAÚDE - SUPLEMENTAR - PLANOS DE SAÚDE

TERMO

A TERCEIRA TURMA do Superior Tribunal de Justiça, em Sessão Virtual de 06/05/2025 a 12/05/2025, por unanimidade, conheceu parcialmente do recurso, mas lhe negou provimento, nos termos do voto do Sr. Ministro Moura Ribeiro.

Os Srs. Ministros Nancy Andrichi, Humberto Martins, Ricardo Villas Bôas Cueva e Daniela Teixeira votaram com o Sr. Ministro Relator. Presidiu o julgamento o Sr. Ministro Humberto Martins.

Brasília, 12 de maio de 2025