



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000295474

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2076514-86.2025.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante BRADESCO SAÚDE S/A, é agravado LEANDRO DA SILVA MOTTA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 5ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores JOÃO BATISTA VILHENA (Presidente) E EMERSON SUMARIVA JÚNIOR.

São Paulo, 27 de março de 2025.

MOREIRA VIEGAS

Relator

Assinatura Eletrônica

Agravo de Inst.: 2076514-86.2025.8.26.0000
Comarca: São Paulo
Agravante: Bradesco Saúde S/A
Agravado: Leandro da Silva Motta

DIREITO CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PARCIAL PROVIMENTO.

I. Caso em Exame

1. Agravo de instrumento interposto contra decisão que deferiu tutela antecipada para custeio direto de tratamento médico fora da rede credenciada, com ressalva de coparticipação, desde a internação até alta médica. O agravante busca afastar o pagamento direto, propondo reembolso conforme cláusulas contratuais.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se o plano de saúde deve custear diretamente o tratamento fora da rede credenciada ou se deve proceder via reembolso, respeitando cláusulas contratuais.

III. Razões de Decidir

3. Em sede de cognição sumária, não se admite o pagamento direto à clínica não credenciada, devendo observar-se as cláusulas de reembolso e coparticipação previstas contratualmente.

4. O direito ao reembolso pressupõe o desembolso prévio pelo beneficiário, conforme entendimento do STJ e legislação aplicável.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso parcialmente provido.

Tese de julgamento: 1. O custeio de tratamento fora da rede credenciada deve ocorrer via reembolso, respeitando cláusulas contratuais e coparticipação, conforme entendimento do STJ.

Legislação Citada:

Lei nº 9.656/1998, art. 12, inciso VI.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp n. 1.959.929/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, j. 22/11/2022.

TJSP, Agravo de Instrumento 2103454-59.2023.8.26.0000, Rel. Erickson Gavazza Marques, 5ª Câmara de Direito Privado, j. 29/06/2023.

TJSP, Agravo de Instrumento 2307603-80.2024.8.26.0000, Rel. César Peixoto, 9ª Câmara de Direito Privado, j. 20/02/2025.

VOTO Nº 42.398

Agravo de instrumento tirado em face de r. decisão de fls. 121/123, que em autos de ação de obrigação de fazer, deferiu a concessão da tutela antecipada determinando à ré o custeio do tratamento do autor, ressalvada a coparticipação, desde a data da sua internação ocorrida em 15 de dezembro de 2024 até alta médica, na CLÍNICA PHOENIX - CENTRO DE TRATAMENTO BIOPSICO. PARA TOXIC. E ALCOOLISTAS LTDA ME, localizada na Rua Dom Andres Lamas, 185, Tatuapé, São Paulo/SP, CEP: 03084-020, realizando tais pagamentos diretamente à clínica indicada, conforme prescrição médica, em 5 (cinco) dias, sob pena de multa diária por descumprimento de R\$ 500,00 (quinhentos reais), limitada a R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), por estarem presentes os requisitos autorizadores da medida.

Alega o agravante, em breve síntese, que deve ser afastado o pagamento direto, determinando que a cobertura ocorra mediante reembolso, respeitada a coparticipação prevista contratualmente após a internação superior a 30 dias e em consonância com o prazo de administrativo.

Recurso processado, sem efeito suspensivo, recolhido o preparo.

Contraminuta às fls. 41/66

É o relatório.

O agravo merece provimento.

O cerne do presente recurso cinge-se em saber se o autor faz jus em sede de tutela antecipada, impor ao plano de saúde o custeio de forma direta dos tratamentos mesmo fora da rede credenciada.

Primeiramente, impõe-se reconhecer que em sede de agravo de instrumento revela-se incabível a discussão aprofundada sobre a validade ou não de cláusula limitativa e disposições legais aplicáveis ao contrato de

seguro-saúde firmado entre as partes, discussão que deverá ser travada na ação principal.

Em que pese o entendimento do MM Juiz *a quo*, não há como se admitir, ao menos em sede de cognição sumária, o pagamento direto do plano à Clínica não credenciada, pois devem ser observados os limites e cláusulas contratuais que preveem o reembolso.

A exigência de pagamento prévio pelo segurado quando utiliza clínica não credenciada traz mais segurança e transparência ao reembolso, que como o próprio nome diz, pressupõe não somente a prestação do serviço, mas o efetivo adiantamento das despesas pelo beneficiário.

Esse é o posicionamento adotado pelo C. STJ:

“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICCIONAL. INEXISTÊNCIA. CESSÃO DE DIREITO AO REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS EM CLÍNICA E LABORATÓRIO NÃO CREDENCIADOS À OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE. IMPOSSIBILIDADE. AUSÊNCIA DE DESEMBOLSO PRÉVIO PELO SEGURADO. NEGÓCIO JURÍDICO NULO DE PLENO DIREITO, EM RAZÃO DA AUSÊNCIA DE OBJETO. NÃO HÁ DIREITO AO REEMBOLSO SEM O PRÉVIO DESEMBOLSO DOS VALORES. EXEGESE DO ART. 12, INCISO VI, DA LEI N. 9.656/1998. PROCEDIMENTO SEM RESPALDO EM LEI OU EM RESOLUÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS. POSSIBILIDADE DE COMETIMENTO DE FRAUDES. ACÓRDÃO REFORMADO. RESTABELECIMENTO DA SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DA AÇÃO. RECURSO ESPECIAL

PROVIDO.1. Cinge-se a controvérsia a definir se houve negativa de prestação jurisdicional e se é possível a cessão de direitos ao reembolso das despesas médico-hospitalares em favor de clínica particular - não conveniada à respectiva operadora de plano de saúde - que prestou atendimento aos segurados sem exigir qualquer pagamento.2. Tendo o Tribunal de origem deliberado sobre os temas abordados nas razões do recurso especial, afasta-se a apontada negativa de prestação jurisdicional.3. Nos termos do que dispõe o art. 12, inciso VI, da Lei n. 9.656/1998, a operadora de plano de saúde é obrigada a proceder ao reembolso nos casos de i) urgência ou emergência ou ii) quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, observando-se os limites do contrato e de acordo com as despesas efetuadas pelo beneficiário.4. O direito ao reembolso depende, por pressuposto lógico, que o beneficiário do plano de saúde tenha, efetivamente, desembolsado previamente os valores com a assistência à saúde, sendo imprescindível, ainda, o preenchimento dos demais requisitos legais previstos na Lei dos Planos de Saúde. Só a partir daí é que haverá a aquisição do direito pelo segurado ao reembolso das despesas médicas realizadas. Antes disso, haverá mera expectativa de direito.5. Dessa forma, se o usuário do plano não despendeu nenhum valor a título de despesas médicas, mostra-se incabível a transferência do direito ao reembolso, visto que, na realidade, esse direito sequer existia. Logo, o negócio jurídico firmado entre as recorridas (clínica e laboratório) e os segurados da recorrente - cessão de direito ao reembolso sem prévio desembolso - operou-se sem objeto, o que o torna nulo

de pleno direito.6. Sem lei específica ou regulamentação expressa da Agência Nacional de Saúde - ANS, não há como permitir que clínicas e laboratórios não credenciados à operadora de plano de saúde criem uma nova forma de reembolso ("reembolso assistido ou auxiliado"), em completo desvirtuamento da própria lógica do sistema preconizado na Lei n. 9.656/1998, dando margem, inclusive, a situações de falta de controle na verificação da adequação e valores das consultas, procedimentos e exames solicitados, o que poderia prejudicar todo o sistema atuarial do seguro e, em último caso, os própriossegurados.7. Recurso especial provido".(REsp n. 1.959.929/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em22/11/2022, DJe de 30/11/2022.)

Neste mesmo sentido já se manifestou a essa E.
Câmara e Tribunal:

AGRAVO DE INSTRUMENTO – CUMPRIMENTO DE SENTENÇA – REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS – INSUFICIÊNCIA DE DOCUMENTOS – NOTA FISCAL POR SI SÓ NÃO COMPROVA O PAGAMENTO DAS DESPESAS – NECESSIDADE DA PROVA DO EFETIVO DESEMBOLSO OU DO COMPROVANTE DE PAGAMENTO – REEMBOLSO PRESSUPÕE ANTECIPAÇÃO DO PAGAMENTO PELO BENEFICIÁRIO E DEVER SER COMPROVADO - DECISÃO REFORMADA – RECURSO PROVIDO. (TJSP; Agravo de Instrumento 2103454-59.2023.8.26.0000; Relator (a): Erickson Gavazza Marques; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional IX - Vila Prudente - 2ª

Vara Cível; Data do Julgamento: 29/06/2023; Data de Registro: 29/06/2023)

Agravo de instrumento – Decisão interlocutória que deferiu parcialmente a tutela de urgência para autorizar a cobertura do tratamento pelo método ABA a ser realizado na rede indicada pela autora - Paciente portador de Transtorno do Espectro Autista – Possibilidade de realização do tratamento pelo método ABA em clínica não pertencente à rede credenciada – Reembolso que deve observar os termos da apólice - Reembolso integral tão somente na hipótese de ausência/inexistência de estabelecimentos e profissionais conveniados/credenciados/referendados – Illegitimidade da imposição do pagamento direto à prestadora de serviços médicos – Ausência de prova da impossibilidade do adiantamento de valores pelo beneficiário para posterior reembolso integral – Custeio de transporte para realização do tratamento – Escolha pela operadora – Art. 8º da RN. 566/2022 – Sugestões oferecidas pela ré não aceitas pela genitora - Necessidade da instauração do contraditório e devida instrução probatória para emissão de juízo seguro sobre o tema - Custeio de exames – Matéria não apreciada na origem – Análise pelo colegiado que representa supressão de instância – Decisão mantida - Recurso não provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2307603-80.2024.8.26.0000; Relator (a): César Peixoto; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 20/02/2025; Data de Registro: 20/02/2025)

CUMPRIMENTO PROVISÓRIO - Decisão que acolheu em parte a impugnação para indeferir, por ora, o reembolso enquanto não houver a comprovação do pagamento, mantendo, porém, o valor da multa por descumprimento - Inconformismo da executada - Acolhimento - Inexistência de prova do pagamento pela exequente - Multa por descumprimento afastada até a comprovação do desembolso e o decurso do prazo a ser fixado pelo MM. Juízo a quo para o reembolso - Decisão reformada para afastar a multa por descumprimento até a comprovação do desembolso e o decurso do prazo para o reembolso - Recurso provido. (TJSP; Agravo de Instrumento 2164349-83.2023.8.26.0000; Relator (a): J.L. Mônaco da Silva; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 15/09/2023; Data de Registro: 15/09/2023)

Assim, impõe-se reconhecer que o direito ao reembolso depende, por pressuposto lógico, que o beneficiário do plano de saúde tenha, efetivamente, desembolsado previamente os valores com a assistência à saúde, sendo imprescindível, ainda, o preenchimento dos demais requisitos legais previstos na Lei dos Planos de Saúde.

Só a partir daí é que haverá a aquisição do direito pelo segurado ao reembolso das despesas médicas realizadas. Antes disso, haverá mera expectativa de direito.

Ademais, também impõe-se observar, ao menos em sede de cognição sumária, que os pedidos de reembolso devem ser formulados administrativamente e devem observar os prazos contratuais previstos, além da possível cobrança de coparticipação, conforme entendimento sedimentado pelo STJ no tema 1032, ex vi: “Nos contratos de plano de saúde não é abusiva a cláusula de

coparticipação expressamente ajustada e informada ao consumidor, à razão máxima de 50% (cinquenta por cento) do valor das despesas, nos casos de internação superior a 30 (trinta) dias por ano, decorrente de transtornos psiquiátricos, preservada a manutenção do equilíbrio financeiro” .

De qualquer forma, a análise mais aprofundada acerca de tais pontos está reservada ao juízo de primeiro grau, que, por ocasião do julgamento do feito disporá de todos os elementos de convicção necessários.

Isto posto conclui-se que a r. decisão recorrida deve ser reformada apenas para afastar o dever de pagamento direito à clínica não credenciada, sendo necessária a observância da cláusula de reembolso e dos prazos ali previstos, bem como da incidência de coparticipação, conforme entendimento sedimentado pelo STJ no tema 1032.

Pelo exposto, dá-se parcial provimento ao recurso.

JOÃO FRANCISCO MOREIRA VIEGAS
Relator