



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000310595

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1005677-45.2023.8.26.0565, da Comarca de São Caetano do Sul, em que é apelante CELINA GLOZAN VIRGULINO, é apelado SHILOH MEDICINA DIAGNÓSTICA E REPRODUTIVA EIRELI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 29ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores NETO BARBOSA FERREIRA (Presidente sem voto), CARLOS HENRIQUE MIGUEL TREVISAN E MÁRIO DACCACHE.

São Paulo, 31 de março de 2025.

FABIO TABOSA
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

Apelante: Celina Glozan Virgulino

Apelada: Shiloh Medicina Diagnóstica e Reprodutiva Eireli

Apelação nº 1005677-45.2023.8.26.0565 – 3ª Vara Cível de São Caetano do Sul

Voto nº 31.091

Prestação de serviços médico-hospitalares. Cobrança. Monitória. Embargos ao mandado. Sentença de improcedência. Insurgência da embargante. Termo de reembolso assistido ou auxiliado, a rigor, nulo. Uso deturpado do procedimento de reembolso por convênio médico, incentivado e utilizado por estabelecimentos para angariar clientes e lucrar com a tabela máxima de reembolso do plano de saúde. Frustração da expectativa de reembolso do convênio, no caso concreto, por falta de requisito formal. Recusa da cliente de assinatura de declaração inverídica de desembolso de valores. Cobrança direta da paciente, todavia, que não se justifica. Ajuste entre as partes, redigido pela própria autora-embargada, que simplesmente não estabelece, de forma expressa, a remuneração direta pelos serviços na modalidade particular para a hipótese dos autos. Precedentes. Sentença reformada. Embargos acolhidos. Processo monitorio extinto. Apelo da ré-embargante provido.

VISTOS.

A r. sentença de fls. 67/68 julgou improcedentes embargos ao mandado opostos relativamente a ação monitoria tendo por objeto a cobrança de valores relativos a serviços médico-hospitalares; considerou o MM. Juiz, para tanto, incontroversa a prestação do serviço e o inadimplemento da ré, ressaltando que a eventual negativa do convênio médico da embargante quanto à cobertura do serviço não seria imputável à autora-embargada.

Apela a ré-embargante (fls. 78/86), reiterando estar isenta da cobrança pelo pagamento dos serviços prestados, uma vez garantida tal isenção, no contrato firmado entre as partes, para o caso de insucesso no reembolso de valores junto ao convênio da contratante. Insiste, em tal sentido, ter a própria prestadora assumido o risco de não receber pelos serviços, conforme o documento por ela

mesma redigido. Bate-se, nesses termos, pela reforma da r. sentença.

O recurso, que é tempestivo, foi devidamente processado, silenciando a apelada no prazo para contrarrazões.

É o relatório.

Prospera o inconformismo.

Cabe, antes de mais nada, contextualizar o negócio jurídico celebrado entre as partes, consistente na denominada prática de reembolso assistido ou auxiliado.

A obrigação do cliente, em tais casos, consiste em repassar todas as informações e fornecer todos os documentos necessários para a formalização do pedido de reembolso perante o seu convênio, sem no entanto ter efetuado qualquer pagamento diretamente ao prestador do serviço; uma vez recebido o valor liberado pelo convênio médico, compromete-se a repassá-lo para o estabelecimento prestador.

O prestador do serviço, por sua vez, pratica o valor máximo da tabela de reembolso do plano de saúde, ajustando o preço do serviço de acordo com o reembolso a ser recebido pelo cliente conveniado, pressupondo o repasse por ele do valor recebido a título de reembolso. Nesse sentido, a autorização de fl. 19.

Acontece que, embora frequente, visto que consiste em atrativo significativo para angariar clientes por clínicas médicas, o procedimento acaba por burlar as regras de reembolso estipuladas no contrato firmado entre os pacientes e os convênios médicos.

Isso porque para haver reembolso de valores pressupõe-se, por óbvio, que o conveniado tenha, ele mesmo, suportado com algum gasto, o que não acontece no caso de reembolso assistido. Aqui, o conveniado, por orientação da clínica médica, assina declaração inverídica de gasto com a consulta ou procedimento médico, embora nada tenha efetivamente desembolsado.

É comum, aliás, como mais uma forma de incentivar a prática do reembolso assistido, a promessa, pelo prestador do serviço médico, de que caso no caso de negativa de reembolso pelo convênio o paciente fique isento do custo do

serviço, conforme o documento de fl. 20.

Justamente pelo uso desvirtuado dos reembolsos médicos na prática de reembolso assistido ou auxiliado é que a Terceira Turma do C. STJ reconheceu, no julgamento do REsp nº 1.959.929/SP, envolvendo demanda condenatória em obrigação de não fazer ajuizada por operadora de plano de saúde em face de clínicas prestadores de serviços médicos, a nulidade dos instrumentos que acabam por prever a cessão de direito ao reembolso sem prévio desembolso, conforme:

“RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. NEGATIVA DE PRESTAÇÃO JURISDICIONAL. 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 próprios segurados. 7. Recurso especial provido.” (REsp nº 1.959.929/SP, 3ª T., Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 22/11/2022, DJE 30/11/2022).

Feita a contextualização, resta ainda investigar se há espaço para, reconhecida a nulidade do instrumento, imputar à cliente, aqui embargante, o custo pelo serviço prestado, ao que se responde negativamente.

Com efeito, simplesmente não há qualquer prova documental nos autos da qual se extraia a obrigação da cliente de pagamento pelos serviços médicos na modalidade particular. Mesmo considerando os termos do ajuste firmado entre as partes, vê-se que a única hipótese estipulando a possibilidade de cobrança da totalidade dos gastos realizados pela prestadora do serviço é a de falta de pagamento do valor creditado na conta bancária da beneficiária do plano de saúde ou recolhido via ordem de pagamento, o que não se identifica na hipótese, já que o pedido de reembolso perante o convênio sequer foi realizado.

O ajuste entre as partes, como antes ressaltado, pressupõe a remuneração da clínica pelo reembolso do convênio, o qual não foi realizado. Não se ignora que o óbice à formalização do pedido de reembolso tenha consistido na negativa da cliente de assinar a declaração inverídica de gasto com exames médicos direcionada ao plano de saúde, mas disso não se extrai, dos termos do próprio contrato redigido pela embargada, a obrigação automática de custeio do serviço, daí o insucesso da monitoria.

Em caso semelhante, já decidiu este E. Tribunal de Justiça:

“Apelação Cível. Prestação de serviços. Ação monitória. Rejeição dos embargos monitórios. Insurgência da ré. Acolhimento. Ação monitória que verte com a qualidade de pleito de advertência ao devedor e assim exige documento com eficácia probatória para gerar convicção a respeito da existência da obrigação de pagar. Inteligência do art. 700 do CPC. Documentos apresentados que são insuficientes para amparar ação monitória. Contrato de prestação de serviços de saúde que prevê pagamento por meio de repasse do reembolso obtido perante o plano de saúde. Contradição. Reembolso que somente poderia ser obtido pelo cliente perante o plano de saúde após o pagamento. Ausência de previsão de pagamento direto pelos serviços prestados, senão por meio do sistema de reembolso, que não logrou sucesso. Sentença reformada. Recurso provido.” (Apelação Cível nº 1009999-58.2022.8.26.0011, Rel. Des. Rômulo Russo, C. 34ª Câmara de Direito Privado, j. 15/1/2024).

Assim, ante a inexigibilidade do pagamento em dinheiro, de rigor o **acolhimento** dos embargos, com a conseqüente extinção do processo monitório, ficando a autora-embargada condenada no pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios arbitrados em 10% (dez por cento) do valor atualizado da causa.

Ante o exposto, **dá-se provimento** ao apelo.

FABIO TABOSA

Relator