



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000400783

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1035926-82.2024.8.26.0002, da Comarca de São Paulo, em que é apelante BRUNO DIOGO SANTOS, é apelado SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma IV (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: Negaram provimento ao recurso. V. U., de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores AFONSO BRÁZ (Presidente sem voto), PAULO SERGIO MANGERONA E LÉA DUARTE.

São Paulo, 25 de abril de 2025.

ROSANA SANTISO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1035926-82.2024.8.26.0002

Apelante: Bruno Diogo Santos

Apelado: Sul América Companhia de Seguro Saúde

Comarca: São Paulo

Voto nº 2.893

Ementa: DIREITO PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE COBRANÇA. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO DESEMBOLSO PELO BENEFICIÁRIO. EXIGÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PELA OPERADORA. LEGITIMIDADE. COIBIÇÃO AO "REEMBOLSO SEM DESEMBOLSO". RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Apelação cível interposta por beneficiário de plano de saúde contra sentença que julgou improcedente ação de cobrança, em que se pleiteava o reembolso de despesas médicas relativas a procedimento cirúrgico realizado com prestador não credenciado, sob alegação de negativa indevida pela operadora.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. Há duas questões em discussão: (i) definir se as notas fiscais e recibo de pagamento apresentados são suficientes para comprovar o desembolso e justificar o reembolso requerido; e (ii) estabelecer se a exigência de documentação complementar pela operadora é legítima ou configura prática abusiva.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A negativa de reembolso pela operadora do plano de saúde encontra amparo na ausência de comprovação do efetivo desembolso por parte do autor, requisito indispensável para aquisição do direito ao reembolso.

4. As notas fiscais e o recibo juntados aos autos não demonstram, de forma inequívoca, que o autor arcou diretamente com o pagamento dos serviços médicos.

5. A exigência de documentos complementares (como comprovantes bancários ou registros de pagamento via PIX, TED, cheque ou saque) não é abusiva, tratando-se de medida legítima voltada à prevenção de fraudes, como o chamado "reembolso sem desembolso".

6. A responsabilidade pelo fornecimento de documentos que comprovem o pagamento recai sobre o beneficiário, tratando-se de prova de fácil obtenção e dentro de sua esfera de disponibilidade.

7. Custas e despesas processuais pagas pela clínica que realizou o procedimento cirúrgico - a qual, em tese, já teria sido remunerada pelo autor e não possuiria interesse direto na presente ação -, que causa estranhamento e enfraquece a narrativa autoral.

8. Diante da ausência de prova idônea, e estando a operadora no exercício regular de seu direito, impõe-se a manutenção da improcedência da demanda, nos termos da sentença recorrida, cujos fundamentos restam ratificados.

IV. DISPOSITIVO

9. Recurso desprovido.

Dispositivos relevantes citados: RITJSP, art. 252; CPC, art. 85, § 11.

Jurisprudência relevante citada: STJ, REsp 1.959.929/SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, 3ª Turma, j. 22/11/2022.

Vistos.

Trata-se de recurso de apelação interposto pelo autor em face da r. sentença de fls. 329/331, cujo relatório adoto, com dispositivo assim redigido: “*Ante o exposto, promovendo a extinção da fase de conhecimento do processo com resolução do mérito (art. 487, I, do CPC), JULGO IMPROCEDENTE o pedido formulado na petição inicial. Pela sucumbência, condeno a parte autora a pagar as custas do processo e honorários de 10% do valor atualizado da causa, devidos aos advogados da ré (art. 85, §2º)*”.

Sustenta o recorrente às fls. 335/351, em síntese, que:

a) as notas fiscais e o recibo de pagamento são suficientes para demonstrar o efetivo desembolso; b) a exigência de apresentação de outros documentos extrapola os limites contratuais e configura prática abusiva; c) é dever da apelada realizar o reembolso dos valores despendidos para a realização do procedimento médico. Pede provimento do recurso para que a ação de cobrança seja julgada procedente.

Contrarrazões da recorrida às fls. 358/374, pelo improvimento do recurso.

É o relatório.

Fundamento e decido.

Preenchidos os requisitos de admissibilidade, não há óbice ao conhecimento da apelação interposta.

O recurso, no entanto, não comporta acolhimento.

De acordo com o art. 252 do Regimento Interno deste Egrégio Tribunal de Justiça, “*nos recursos em geral, o relator poderá limitar-se a ratificar os fundamentos da decisão recorrida, quando, suficientemente motivada, houver de mantê-la, apreciando, se houver, os demais argumentos recursais capazes de, em tese, infirmar a conclusão adotada no julgamento*”.

A adoção dos fundamentos da sentença como razão de decidir é admitida pelo Colendo Superior Tribunal de Justiça, que há muito reconhece “*a viabilidade de o órgão julgador adotar ou ratificar o juízo de valor firmado na sentença, inclusive transcrevendo-a no acórdão, sem que tal medida encerre omissão ou ausência de fundamentação no decisor*” (AgRg no REsp n. 1.339.998/RS, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 15/5/2014; AgRg no AREsp n. 44.161/RS, relator Ministro Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 14/5/2013; REsp n. 662.272/RS, relator Ministro João Otávio de Noronha, Segunda Turma, julgado em 4/9/2007).

É a hipótese destes autos.

A r. sentença recorrida, da lavra do MM. Juiz de Direito Dr. Théo Assuar Gragnano, conferiu justa e adequada solução à causa, devendo ser mantida.

Examinados os autos, constata-se que os fatos e os direitos alegados pelas partes foram devidamente apreciados, não sendo os argumentos recursais capazes de infirmar os sólidos fundamentos da r. sentença, que devem assim ser ratificados, conforme autorizado pelo dispositivo supracitado.

Como se verifica, o caso em apreço trata-se de ação de cobrança ajuizada por beneficiário de plano de saúde, pleiteando reembolso de despesas médicas relativas a procedimento cirúrgico, sob o argumento de negativa indevida pela operadora. Em sua defesa, a ré alega que a recusa ao reembolso decorreu da falta de comprovação documental do efetivo pagamento pelo autor ao prestador do serviço médico.

E em que pese o inconformismo do apelante, as notas fiscais acostadas às fls. 38/40, bem como o recibo de pagamento, não demonstram, de forma inequívoca, o efetivo desembolso realizado por ele.

Nesse contexto, a exigência de documentação complementar por parte da operadora do plano de saúde não se revela abusiva, seja

porque os documentos solicitados (fl. 67) eram de fácil obtenção pelo autor, tratando-se de prova inserida dentro de sua esfera de disponibilidade; seja porque é legítimo que as operadoras adotem mecanismos de controle destinados a coibir práticas irregulares, como o denominado “reembolso sem desembolso”, que comprometem a sustentabilidade do sistema suplementar de saúde.

Conforme restou consignado na sentença (fls. 329/331):

O contrato de plano de saúde em questão previu a cobertura de tratamentos e procedimentos mediante custeio direto e ilimitado, em estabelecimentos e com profissionais credenciados, ou mediante reembolso, em estabelecimentos e com profissionais não credenciados, de livre escolha do beneficiário.

As duas modalidades de custeio são válidas e encontram expressa previsão na legislação de regência (L. 9.656/98, art. 1º, §1º, b e c).

No presente caso, o autor não apresentou, ao formular o pedido administrativo de reembolso, prova de transferência dos recursos aos prestadores do serviço, isto é, documentos indicadores de transferência bancária, PIX, cheque ou saque seguido de entrega em espécie. Sustenta a ré, com efeito, que não basta nota fiscal ou mero recibo, sendo necessária a demonstração de que o numerário foi efetivamente desembolsado.

A exigência formulada pela operadora do plano de saúde tem fundamento legal, como se viu. E não se afigura arbitrária nem se mostra desarrazoada, mormente tendo presente contexto de combate a diversas práticas tidas como irregulares e danosas ao sistema de saúde suplementar, como o denominado reembolso assistido ou reembolso sem desembolso.

Estando a ré, portanto, no exercício regular de seu direito, ao exigir prova efetiva e robusta do desembolso dos valores que se pretende reembolsar, e sendo indisputável que o autor apresentou-lhe exclusivamente os documentos que foram juntados a estes autos, consistentes em recibos e notas fiscais, impõe-se a rejeição da pretensão deduzida na petição inicial.

Acresça-se, ainda, que o C. Superior Tribunal de Justiça, ao se manifestar acerca da possibilidade de cessão de direito ao reembolso

das despesas médicas, consolidou entendimento no sentido da imprescindibilidade de comprovação do efetivo desembolso como condição para o ressarcimento, vejamos:

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 n. 1.959.929/SP, relator Ministro Marco Aurélio Bellizze, Terceira Turma, julgado em 22/11/2022, DJe de 30/11/2022.)

Ademais, causa estranheza e enfraquece a alegação autoral o fato de que todas as custas e despesas processuais tenham sido pagas pela clínica que prestou os serviços médicos ao autor, pois, em tese, já teria sido integralmente remunerada por este e, por conseguinte, não possuiria interesse jurídico direto na presente demanda (fls. 51, 53 e 353).

Portanto, considerando a resistência infundada do autor em apresentar documentação idônea de efetivo desembolso de sua parte, era mesmo o caso de se julgar improcedente a ação, devendo a r. sentença ser ratificada pelos seus próprios fundamentos.

Ante o exposto, **nego provimento** ao recurso.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Em consequência, nos termos do art. 85, § 11, do CPC, majoro os honorários advocatícios definidos pela sentença recorrida para 12% sobre o valor atualizado da causa.

Atendem as partes para o detalhe de que a oposição de embargos de declaração fora das hipóteses legais e/ou com efeitos infringentes dará ensejo à imposição da multa prevista pelo artigo 1026, § 2º, do CPC.

Considera-se prequestionada toda a matéria constitucional e infraconstitucional discutida, evitando-se, com isso, oposição de embargos de declaração para este fim (Súmulas nº 211 do Superior Tribunal de Justiça e nº 282 do Supremo Tribunal Federal).

ROSANA SANTISO
RELATORA