



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000446032

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Agravo de Instrumento nº 2362109-06.2024.8.26.0000, da Comarca de São Paulo, em que é agravante YARA REGINA CORSI GROTTERRA, é agravado BRADESCO SAÚDE S/A.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente) E MARCIA DALLA DÉA BARONE.

São Paulo, 8 de maio de 2025.

ALCIDES LEOPOLDO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

AGRAVO DE INSTRUMENTO

Processo nº 2362109-06.2024.8.26.0000

Relator(a): ALCIDES LEOPOLDO

Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado

Nº de 1ª Instância: 0011502-27.2023.8.26.0002

Comarca: São Paulo (F. R. de Santo Amaro - 9ª Vara Cível)

Agravante: Yara Regina Corsi Grottera

Agravado: Bradesco Saúde S/A

Juiz: Adilson Araki Ribeiro

Voto n. 36.278

EMENTA: Direito Civil. Agravo de Instrumento. Cumprimento de Sentença. Pedido de Liminar.

I. Caso em Exame

Agravo de instrumento interposto contra decisão que acolheu impugnação da operadora executada, determinando a indicação de profissionais credenciados para atender a autora, sob pena de multa diária. A autora sustenta que o acordo entre as partes garante liberdade de escolha de prestadores de serviço e que a exigência de comprovante de desembolso para reembolso é arbitrária e não prevista contratualmente.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em determinar se a exigência de comprovante de desembolso para reembolso extrapola o título judicial e se a liberdade de escolha de prestadores de serviço deve ser mantida conforme o acordo entre as partes.

III. Razões de Decidir

3. O acordo celebrado entre as partes prevê o custeio do tratamento por reembolso, sendo necessário o comprovante de pagamento para reembolso, conforme decisão ainda do Superior Tribunal de Justiça.

4. O direito ao reembolso depende do efetivo desembolso pelo beneficiário, conforme requisitos legais e contratuais.

IV. Dispositivo e Tese

5. Dá-se provimento em parte ao agravo de instrumento para garantir à agravante a livre-escolha dos prestadores de serviço, com reembolso das despesas nos limites do contrato, mediante apresentação da documentação acordada.

Tese de julgamento: 1. O direito ao reembolso exige comprovante de pagamento das despesas médico-hospitalares. 2. A liberdade de escolha de prestadores de serviço deve ser respeitada conforme o acordo entre as partes.

Legislação Citada: Lei n. 9.656/1998, art. 12, inciso VI.

Jurisprudência Citada: STJ, REsp nº 1959929 - SP, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze.

Trata-se de agravo de instrumento, com pedido de liminar, nos autos do cumprimento de sentença, das decisões de fls. 234/236 e 259/260 (embargos de declaração) dos autos de origem, que acolheram a impugnação da Operadora executada, determinando, contudo, que indique, no prazo de quinze dias, profissionais credenciados para atender a autora/exequente, sob pena de multa de mil reais ao dia, limitada a cinquenta mil, sendo que tal valor servirá como forma de quitar o serviço particular contratado pela exequente/autora.

Sustenta a autora recorrente que o acordo entabulado entre as partes detalhou a possibilidade de liberdade de escolha, inclusive considerando o que foi decidido no agravo de instrumento n.º 2000305-18.2021.8.26.0000, ocorrendo que a agravada, no decorrer do cumprimento de sentença, inova nos documentos necessários para reembolso, e sem qualquer disposição contratual prévia ou, ainda, sem qualquer lei ou ato normativo que embase seu posicionamento, e a Seguradora passou a exigir, de forma arbitrária, o envio de comprovante de desembolso do pagamento efetuado ao prestador de serviços, argumentando a recorrente que sempre encaminhou a mesma documentação na solicitação de reembolso, incluindo a cópia original das Notas Fiscais de Serviços Eletrônicas (NFS-e) e o descritivo pormenorizado de todos os insumos, medicações e serviços utilizados, e nunca foi questionada pela Seguradora, aduzindo, ademais, que o precedente em que se sustenta a Seguradora não vincula as partes, sendo insuficiente para fundamentar a conduta, referindo que a

exigência da Seguradora extrapola o título judicial constituído via sentença judicial passada em julgado, além disso, alega que a questão da liberdade de escolha do prestador de serviço já foi decidida em sede de recurso de agravo de instrumento, bem como pelo acordo entabulado entre as partes, em que restou detalhada tal possibilidade.

Pleiteia a concessão do efeito ativo ao recurso e a reforma da decisão para garantir o direito à livre-escolha dos prestadores de serviço, nos limites do contrato, bem como afastar a necessidade de comprovação de desembolso para que seja feito o reembolso.

Foi deferida em parte a liminar a fim de garantir à agravante a manutenção da livre-escolha dos prestadores de serviço, com o reembolso das despesas, nos limites do contrato, do acordo e do que foi decidido no Agravo de Instrumento nº 2000305-18.2021.8.26.0000, mediante a apresentação da documentação elencada no acordo firmado entre as partes e prova do pagamento à vista ou a prazo.

Foram apresentadas contrarrazões sustentando-se a manutenção da decisão agravada (fls. 45/56).

É o Relatório.

Cuida-se de cumprimento de sentença, inicialmente provisório, referente à tutela de urgência deferida nos autos principais para condenar a Seguradora a autorizar e custear integralmente o tratamento prescrito à beneficiária, por meio de home care, nos termos do relatório médico, assegurando o reembolso das despesas médicas nos

limites do contrato, sem limitação de atendimento na rede credenciada, em vista da natureza do contrato, que garante liberdade de escolha de hospitais e médicos (fls. 05/12).

As partes celebraram acordo nos autos do incidente (fls. 48/50), contudo, em razão do descumprimento pela Seguradora dos termos avençados, a exequente desarquivou o incidente, pleiteando o reembolso das notas fiscais n.º 1122; 1242; 1284; 1314; 1359; 1402; 1440, no importe total de R\$ 536.347,74 (fls. 83/85).

A Seguradora se manifestou, alegando que não descumpriu o acordo firmado entre as partes, uma vez que não negou o reembolso, apenas solicitou a complementação da documentação apresentada pela exequente para que fossem incluídos os comprovantes de pagamento dos reembolsos solicitados, conforme constou do acordo.

Insurge-se a exequente contra a r. decisão, que acolhendo em parte a impugnação apresentada pela Seguradora, determinou a apresentação de profissionais credenciados para atender a autora/exequente, sob pena de multa.

No acordo entabulado entre as partes, a Seguradora se comprometeu de forma expressa ao custeio do tratamento através da sistemática de reembolso (fls. 48/50 dos autos de origem), o que, ademais, é inerente à natureza do contrato firmado entre as partes, conforme reconhecido no Acórdão prolatado no Agravo de Instrumento n.º 2000305-18.2021.8.26.0000, de minha relatoria, convenção que, portanto, deve ser observada, não se justificando a restrição de tratamento na rede credenciada.

A agravante, por sua vez, obrigou-se à apresentação, entre outros documentos necessários ao pedido de reembolso, do comprovante de pagamento do valor a ser reembolsado, obrigação que não é afastada pelo fato de que, anteriormente, o pedido de reembolso não precisava ser acompanhado do comprovante, uma vez que o acordo celebrado inova na relação jurídica havida entre as partes.

O Superior Tribunal de Justiça teve oportunidade de decidir no julgamento do RECURSO ESPECIAL Nº 1959929 - SP (2021/0021933-3) RELATOR: MINISTRO **MARCO AURÉLIO BELLIZZE** que: "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."

Desta maneira o direito de reembolso exige que o beneficiário, além da comprovação dos requisitos legais e contratuais, tenha feito ele próprio o pagamento das despesas médico-hospitalares, ainda que de forma parcelada, boleto ou cartão de crédito.

O *periculum in mora*, por sua vez, decorre do risco de se impor à agravante, idosa e com quadro de saúde delicado, a mudança de toda a prestação do serviço de home care de que se beneficia atualmente, havendo risco à estabilidade das suas condições.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Pelo exposto, **DA-SE PROVIMENTO EM PARTE** ao agravo de instrumento, nos termos da fundamentação, apenas para garantir à agravante a livre-escolha dos prestadores de serviço, com o reembolso das despesas, nos limites do contrato, mediante a apresentação da documentação elencada no acordo firmado entre as partes.

ALCIDES LEOPOLDO
Relator(a)
Assinatura Eletrônica