



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1959929 - SP (2021/0021933-3)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A
ADVOGADOS : MARICI GIANNICO - DF030983
MARSELHE CRISTINA DE MATTOS - DF048621
CAROLINE MACHADO LIMA - DF062775
FLAVIO PEREIRA LIMA - SP012011
RECORRIDO : BEM ESTAR SERVIÇOS E DIAGNOSTICOS LTDA
ADVOGADO : MARIA ISABEL SUDAIA TEIXEIRA - SP261397
RECORRIDO : CLINICA CORPO SAUDAVEL LTDA
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
LEONARDO RAMOS NOGUEIRA - SP315348

EMENTA

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.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, acordam os Ministros da Terceira Turma, por unanimidade, dar provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Ricardo Villas Bôas Cueva (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.

Brasília, 22 de novembro de 2022.

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

RECURSO ESPECIAL Nº 1959929 - SP (2021/0021933-3)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A
ADVOGADOS : MARICI GIANNICO - DF030983
MARSELHE CRISTINA DE MATTOS - DF048621
CAROLINE MACHADO LIMA - DF062775
FLAVIO PEREIRA LIMA - SP012011
RECORRIDO : BEM ESTAR SERVIÇOS E DIAGNOSTICOS LTDA
ADVOGADO : MARIA ISABEL SUDAIA TEIXEIRA - SP261397
RECORRIDO : CLINICA CORPO SAUDAVEL LTDA
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
LEONARDO RAMOS NOGUEIRA - SP315348

EMENTA

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.

RELATÓRIO

Trata-se de recurso especial interposto por Notre Dame Intermédica Saúde S.A. contra acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, assim ementado:

Obrigação de não fazer. Partes são pessoas jurídicas de direito privado. Competência da Justiça Comum se apresenta adequada. Referência de ofício para a ANS abrangendo a alegada irregularidade não desloca a competência para a Justiça Federal. Sentença que observou o necessário, pois se apresenta clara e precisa, além de devidamente fundamentada. Clínicas réas, prestadoras de serviço de saúde, atendem usuários/segurados da autora. Após os respectivos atendimentos, há sub-rogação nos direitos de reembolso dos pacientes. Admissibilidade. Regular exercício de direito. Ausência de vínculo entre as empresas integrantes do polo passivo. Referência de que os valores seriam superiores aos de mercado não fora comprovada. Lesividade não configurada.

Improcedência da ação deve sobressair. Apelos providos.

Os embargos de declaração opostos ao referido acórdão foram rejeitados.

Nas razões do recurso especial, a recorrente aponta violação aos arts. 187 do Código Civil; 12, inciso VI, da Lei n. 9.656/1998; 489, § 1º, incisos III e IV, e 1.022, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015; bem como aos arts. 6º, inciso IV, 31, 37, §§ 1º e 3º, do Código de Defesa do Consumidor.

De início, aponta que *"o v. acórdão recorrido foi omissivo no tocante a pontos essenciais do litígio, os quais, se devidamente analisados, teriam o condão de alterar a conclusão do colegiado"*, pois, *"desde a inicial desta demanda, a INTERMÉDICA vem demonstrando que os Recorridos (i) se utilizam de meios sociais para divulgar informação inverídica sobre a forma de remuneração dos serviços que prestam; (ii) estabeleceram um sistema ilegal de reembolso sem o prévio desembolso e sem a necessidade de conferência, pelos beneficiários, dos serviços e dos valores que serão*

cobrados da operadora; e (iii) impõem a assinatura de 'contratos' e 'termos de autorização' não previstos em lei para se sub-rogarem no direito dos beneficiários de solicitarem os respectivos reembolsos das despesas, mesmo não tendo sido pagas pelos pacientes" (e-STJ, fls. 1961-1962).

Aduz, ainda, que, "ao consignar que 'o que efetivamente existe é o exercício de atividades lícitas pelas integrantes do polo passivo', o v. acórdão recorrido, sem dúvida, corroborou com a ocultação de informações essenciais ao consumidor, induzindo-os em erro (já que muitos disseram textualmente que não se consultariam na CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL e no LABORATÓRIO BEM ESTAR se soubessem que o atendimento era particular) - o que demonstra a clara ocorrência de 'publicidade enganosa por omissão' e, portanto, a violação aos arts. 6º, inciso IV, 31 e 37, §§ 1º e 3º, do Código de Defesa do Consumidor" (e-STJ, fl. 1966).

Por fim, sustenta não haver dúvidas de que "a CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL e o LABORATÓRIO BEM ESTAR excederam 'manifestamente os limites impostos pelo fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costume', o que caracteriza a ilicitude de seus atos, a teor do que prevê o art. 187 do Código Civil", porquanto, "apesar de exercerem atendimento exclusivamente particular, os Recorridos prestam informações inverídicas aos pacientes (dizendo que 'atendem todos os convênios, inclusive os operados pela INTERMÉDICA') e oferecem os seus serviços aos beneficiários do plano de saúde da INTERMÉDICA com a garantia de que não terão que dispendar quaisquer valores para a realização de consultas ou exames laboratoriais, devendo apenas sub-rogar o seu direito ao pedido de reembolso, mediante a assinatura de 'contratos' e 'termos de autorização' não previstos em lei" (e-STJ, fl. 1.969).

Reforça que "tal prática possibilita que os Recorridos realizem procedimentos e exames sem qualquer critério (ou mesmo necessidade), o que sequer é questionado pelos pacientes (conforme relataram nos autos), dado que não precisam pagar pelos serviços que lhes são oferecidos" (e-STJ, fl. 1.969), pois, "uma vez que os pacientes não desembolsam qualquer valor para se submeterem às consultas médicas e aos diversos exames solicitados, eles não se opõem ao que lhes é pedido, outorgando aos Recorridos verdadeiro cheque em branco para pedirem o que quiserem. Na verdade, os beneficiários sequer sabem o que será efetivamente cobrado da INTERMÉDICA no futuro, pois não fazem qualquer conferência dos procedimentos e valores realmente incorridos" (e-STJ, fl. 1970).

E, "se porventura não há reembolso (crédito na conta dos beneficiários) em razão da ausência de apresentação dos documentos necessários, ainda assim os

Recorridos cobram os beneficiários, que terão que pagar os valores devidos, sob pena de não terem quitadas as suas obrigações para com a CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL e o LABORATÓRIO BEM ESTAR. Mas, como visto, é da essência do sistema de reembolso que haja o prévio desembolso por parte do beneficiário e que ele próprio faça o pedido à operadora, apresentando, na oportunidade, toda a documentação necessária à comprovação dos serviços efetivamente prestados e dos pagamentos realizados" (e-STJ, fl. 1970).

Logo, conclui que houve o desvirtuamento da "sistemática do reembolso, o que caracteriza ato ilícito e abuso de direito, em violação direta ao art. 12, inciso VI, da Lei no 9.656/1998 e ao art. 187 do Código Civil, como bem reconheceu a r. sentença de primeiro grau" (e-STJ, fl. 1.970).

Por essas razões, a recorrente pede o provimento do recurso especial, "a fim de que seja anulado ou reformado o v. acórdão recorrido em decorrência das flagrantes violações perpetradas aos dispositivos legais indicados neste arrazoado, julgando-se a demanda integralmente procedente" (e-STJ, fl. 1.972).

É o relatório.

VOTO

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.

1. Da negativa de prestação jurisdicional

Da análise do acórdão recorrido, verifica-se que o Tribunal de origem efetivamente analisou as matérias debatidas ao longo do processo, emitindo juízo de valor sobre a questão aqui discutida, ao consignar a legalidade do procedimento adotado pelas ora recorridas.

Confira-se, a propósito, trecho do acórdão recorrido:

(...), não se identifica que o fato de ceder os direitos de reembolso para a própria prestadora de serviços venha configurar lesão ao direito da autora, que, de qualquer forma, teria que reembolsar os valores correspondentes, observados os limites contratuais com os usuários.

Destarte, o que efetivamente existe é o exercício de atividades lícitas pelas integrantes do polo passivo que podem, inclusive, ser consideradas inusuais no âmbito comercial, porém, ilegalidade alguma se faz presente, mesmo porque não fora identificada abusividade ou onerosidade excessiva, bem como nada fora apresentado de que as corrés teriam alguma ligação ou vínculo.

Assim, o inconformismo do polo ativo é insuficiente para dar respaldo à pretensa proibição das rés para que não obtivessem o necessário para exercerem diretamente o direito de reembolso em nome dos usuários do plano de saúde operado pela autora.

Por essa razão, afasta-se a apontada negativa de prestação jurisdicional.

2. Do reembolso

Segundo consta nas razões recursais, a Notre Dame Intermédica Saúde S.A., operadora de plano de saúde, constatou uma série de solicitações de reembolso de despesas médicas por consultas particulares realizadas na CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL e por exames laboratoriais também particulares efetuados pelos mesmos beneficiários no LABORATÓRIO BEM ESTAR, ora recorridos.

Considerando *"a periodicidade das consultas e dos exames realizados pelas referidas clínica e laboratório, bem como a quantidade de solicitações de reembolso que realizaram e os valores informados, sempre muito superiores à média do mercado, a INTERMÉDICA contatou os beneficiários do plano de saúde e, exercendo sua prerrogativa legal, pediu que confirmassem se eles próprios haviam efetuado os pagamentos das consultas e exames e, ulteriormente, solicitado os reembolsos"*, sendo informado que *"os pacientes da CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL eram captados por meio de propagandas realizadas via redes sociais ('Facebook', na maior parte das vezes), com a notícia de que 'o estabelecimento atende todos os convênios médicos, inclusive os operados pela INTERMÉDICA', além de dispor de laboratório interno (o LABORATÓRIO BEM ESTAR) que permite que os exames solicitados pelos médicos sejam realizados imediatamente após as consultas"* (e-STJ, fl. 1.945).

Assim, *"na prática, (...), ao chegarem à CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL imaginando que poderiam utilizar 'o convênio da INTERMÉDICA', os beneficiários eram informados de que o atendimento e os exames eram realizados unicamente pela via particular e que a menção ao 'atendimento de todos os convênios' feita nas propagandas das empresas ocorria mediante o reembolso a ser solicitado pelos próprios Recorridos às operadoras de planos de saúde. Ao tomarem conhecimento*

desse procedimento, os beneficiários eram obrigados a assinar um 'Contrato de Prestação de Serviços e Garantia de Pagamento', autorizando os próprios Recorridos a solicitarem à INTERMÉDICA o reembolso das despesas havidas com as consultas e os exames laboratoriais realizados", logo, "a CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL e o LABORATÓRIO BEM ESTAR sequer exigiam que os beneficiários fizessem um primeiro desembolso para posteriormente requererem o 'reembolso' junto à INTERMÉDICA" (e-STJ, fl. 1.945).

Os beneficiários, ao receberem os reembolsos diretamente da Notre Dame Intermédica em suas contas correntes, deveriam transferir "os valores à CLÍNICA CORPO SAUDÁVEL e ao LABORATÓRIO BEM ESTAR. Em verdade, os beneficiários eram obrigados a fazer tais 'repasses' de valores mesmo quando a operadora se recusava a proceder ao 'reembolso' em razão de algum problema formal" (e-STJ, fl. 1.946).

Diante dessa situação, a Notre Dame ajuizou ação de obrigação de fazer contra a Clínica Corpo Saudável Ltda. e a Bem Estar Serviços e Diagnósticos Ltda., buscando compelir as rés a veicular na mídia, de forma ostensiva, a informação de que prestam apenas serviços particulares, bem como para se absterem de pedir reembolso em nome de seus pacientes.

O Juízo de primeiro grau julgou a demanda procedente, "***para condenar às corrés na obrigação de não fazer correspondente a absterem-se de prestar serviços aos beneficiários da Autora sem a necessidade de pagamento prévio, além de divulgar ostensivamente em suas mídias de captação que o atendimento se dá em regime particular***" (e-STJ, fl. 1.794).

Os fundamentos da sentença foram assim declinados:

Da análise dos autos e da narrativa das testemunhas, conclui-se que de fato as rés oferecem atendimento médico ambulatorial em conjunto com a oferta de exames através da modalidade de reembolso das despesas, porém, sem exigir que os pacientes, que são beneficiários do plano de saúde da Autora, realizem o pagamento das despesas relacionadas à consulta e aos exames prestados.

É da natureza da modalidade de reembolso que haja desembolso prévio por parte do beneficiário, por meio de assinatura de contratos e termos de autorização, as rés desvirtuaram.

Através da assinatura destes contratos e termos de autorização, as rés se sub-rogavam no direito de solicitar os respectivos reembolsos das despesas, por meio do repasse da integralidade do reembolso superveniente.

Do documento juntado às fls. 417/420, em que figura a SOS Peso, ora corrés, como contratada e Clarice Mine Ikeda como contratante evidencia-se esta conduta:

(...)

Diante da narrativa das testemunhas ouvidas durante a audiência, estas afirmaram que o principal atrativo oferecido pelas corrés era a garantia de isenção de qualquer tipo de pagamento além do reembolso oferecido pelo plano, sendo que este procedimento seria realizado pelas próprias corrés, através da assinatura de termos e contratos de autorização. Os pacientes eram informados que após o recebimento dos valores de reembolso pelo plano, deveriam repassa-los em sua integralidade às corrés, quitando assim os serviços contratados.

Ainda, as testemunhas, beneficiários da Autora e pacientes das corrés, manifestaram-se afirmando que não contratariam os serviços se fosse necessário realizar o pagamento prévio.

Evidente o abuso de direito praticado pelas corrés, diante da criação de uma nova modalidade de reembolso, em que atraem os clientes com a promessa de isenção de qualquer tipo de pagamento além do reembolso oferecido pelo plano.

O Tribunal de origem, contudo, em apelação das rés, deu provimento ao recurso para julgar improcedentes os pedidos, sob o fundamento, em síntese, de que não haveria qualquer ilegalidade na cessão dos direitos ao reembolso para a própria prestadora de serviço, pois a operadora de plano de saúde teria que reembolsar, de qualquer forma, os valores correspondentes, observados os limites contratuais.

Feito esse breve resumo dos fatos, passo ao exame da questão de fundo propriamente dita.

De início, é preciso ressaltar que o procedimento realizado pelas recorridas, no sentido de não exigir do paciente qualquer valor para se submeter às consultas médicas e aos diversos exames solicitados, mas apenas a cessão contratual de direito ao respectivo reembolso junto à operadora de plano de saúde, é incontroverso nos autos (foi confirmado pelas próprias recorridas em contestação). A discussão, portanto, cinge-se em saber se tal procedimento é lícito ou não.

Nesse contexto, a meu juízo, a Corte Paulista, ao reconhecer a legalidade do "reembolso sem o prévio desembolso", não deu a melhor interpretação à questão objeto da lide.

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.

O referido dispositivo legal deixa claro ainda que o reembolso deverá ser realizado nos limites das obrigações contratuais e de acordo com as despesas efetuadas pelo beneficiário.

Confira-se

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

(...)

VI - reembolso, em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nos limites das obrigações contratuais, das despesas efetuadas pelo beneficiário com assistência à saúde, em casos de urgência ou emergência, quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, pagáveis no prazo máximo de trinta dias após a entrega da documentação adequada;

Assim, o direito ao reembolso depende, por pressuposto lógico, que o beneficiário do plano de saúde tenha, efetivamente, desembolsado valores com a assistência à saúde, sendo imprescindível, ainda, o preenchimento dos demais requisitos legais, como a comprovação de que se tratava de caso de urgência ou emergência ou que não foi possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras.

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.

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.

Com efeito, não se pode transmitir um crédito que ainda não se tem. Logo, o negócio jurídico firmado entre as recorridas e os segurados da recorrente (cessão de direito ao reembolso) operou-se sem objeto, o que o torna nulo de pleno direito.

Nessa mesma linha de entendimento, em caso envolvendo o seguro DPVAT, em que se discutiu se era possível a cessão de direitos ao reembolso das despesas médico-hospitalares, realizada por vítimas de acidente automobilístico em favor de clínica particular – não conveniada ao SUS – que prestou atendimento aos segurados, esta Terceira Turma, por unanimidade, decidiu não ser possível a cessão do direito ao reembolso, sem que houvesse o prévio desembolso dos valores pelo segurado.

O acórdão recebeu a seguinte ementa (sem grifo no original):

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES. CLÍNICA DE FISIOTERAPIA NÃO CONVENIADA AO SUS. CESSÃO DE DIREITOS. IMPOSSIBILIDADE.

1. **Ação de cobrança, por meio da qual clínica de fisioterapia não conveniada ao SUS objetiva a condenação da seguradora ao pagamento de valores relativos ao reembolso a título de despesas médico-hospitalares a que teriam direito as vítimas de acidente automobilístico.**

2. Ação ajuizada em 21/06/2012. Recurso especial concluso ao gabinete em 03/11/2020. Julgamento: CPC/2015.

3. **O propósito recursal é definir se é possível a cessão de direitos ao reembolso das despesas médico-hospitalares, realizada por vítimas de acidente automobilístico em favor de clínica particular - não conveniada ao SUS - que prestou atendimento aos segurados.**

4. A lei de regência veda expressamente a cessão de direitos no que tange às despesas de assistência médica e suplementares, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado (art. 3º, § 2º, da Lei 6.194/64).

5. **A inviabilidade da cessão na espécie não se dá propriamente com base na restrição feita pelo art. 3º, § 2º, da Lei 6.194/64. Isto é, não é a ausência da vinculação da clínica fisioterápica ao SUS a base da conclusão adotada, mas sim o fato de que não houve diminuição patrimonial dos segurados. Em não havendo o dispêndio de valores por parte das vítimas, não há que se falar em reembolso pela seguradora e, via de consequência, inviável mostra-se qualquer cessão de tais direitos.**

6. **A indenização securitária é para reembolso de despesas efetuadas pela vítima, e não para cobertura imediata de custos e lucros operacionais de entidade hospitalar.**

7. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários. (REsp 1.911.618/PR, Relatora a Ministra Nancy Andrighi, DJe de 10/6/2021)

É certo que, no caso do seguro DPVAT, há lei expressa vedando a cessão do direito ao reembolso - art. 3º, § 2º, da Lei n. 6.194/1964 -, conforme consta no item 4 da ementa acima colacionada.

Ocorre que, da análise do inteiro teor do referido acórdão, constata-se que o fundamento principal para não se permitir a cessão do direito ao reembolso do seguro DPVAT, sem o respectivo desembolso dos valores pelo segurado, não foi a vedação legal em si, mas sim a impossibilidade de ceder um crédito que o beneficiário ainda nem sequer possuía.

Confira-se, a propósito, trecho do voto da Ministra Relatora que bem destaca esse entendimento:

12. (...), faz-se mister salientar que **a lei de regência veda expressamente a cessão de direitos no que tange às despesas de assistência médica e suplementares, efetuadas pela rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde, quando em caráter privado (art. 3º, § 2º, da Lei 6.194/64).**

13. Com efeito, o escopo da norma não é outro senão evitar o desvirtuamento da cobertura securitária prevista em lei, afinal, se a própria vítima não desembolsou montante para realizar seu tratamento, mostrar-se-ia inócua qualquer disposição que autorizasse a cessão de direito a reembolso de despesas médicas ou suplementares. Ora, se não houve diminuição patrimonial do segurado – porque atendido em instituição credenciada ao SUS -, não há que se falar em reembolso de valores.

14. Não se descarta que, na hipótese, a clínica que realizou o tratamento fisioterápico das vítimas, como mesmo se infere da moldura fática delineada pelas cortes locais, não é vinculada ao Sistema Único de Saúde, razão pela qual a recorrente defende, com afinco, estar autorizada a cessão de direitos.

15. Para tanto, afirma a parte recorrente que “Entender que o prévio pagamento levado a efeito pela própria vítima é indispensável para a obtenção do reembolso – implica por criar uma discriminação entre aqueles que possuem dinheiro e aqueles que não possuem. Beneficiar aqueles que possuem liquidez financeira imediata para custear o tratamento para apenas posteriormente obter o ressarcimento causa severa violação à garantia fundamental da igualdade” (e-STJ fl. 890).

16. A despeito dos argumentos trazidos pela parte recorrente, e do fato de a mesma ser clínica particular não credenciada ao SUS, não há como se adotar conclusão diversa daquela que veda a cessão de direitos na hipótese.

17. Por oportuno, convém salientar que a inviabilidade da cessão na espécie não se dá propriamente com base na restrição feita pelo art. 3º, § 2º, da Lei 6.194/64. Isto é, não é a ausência da vinculação da clínica fisioterápica ao SUS a base da conclusão adotada, mas sim o mesmo entendimento anteriormente construído de que, em não havendo diminuição patrimonial dos segurados, não há que falar em reembolso

de valores pela seguradora e, via de consequência, inviável mostra-se qualquer cessão de tais direitos.

18. **Inclusive, a 4ª Turma desta Corte Superior já se manifestou nesse sentido.** Ainda que não analisando propriamente controvérsia idêntica à versada nestes autos, destacou que:

É bem de ver que a legislação de regência sempre estabeleceu que a cobertura securitária do seguro DPVAT diz respeito ao “reembolso à vítima” de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. Portanto, **a indenização securitária é para reembolso de despesas efetuadas pela vítima, e não para cobertura imediata de custos e lucros operacionais de entidade hospitalar**, mormente aquelas vinculadas ao SUS. Dessarte, **não se pode transmitir um direito que não se possui, isto é, o reembolso de despesa que não fora efetuada pela cedente, por isso o negócio jurídico operou no vazio, sem objeto, padecendo de nulidade insanável, nulo de pleno direito** (REsp 1.325.874/SP, 4ª Turma, DJe 18/12/2014) (grifos acrescentados).

19. **De fato, em não tendo havido o dispêndio de valores por parte do segurado, não há como se transmitir um direito de reembolso que não se possui, como mesmo destacou o Min. Relator dos autos, carecendo de objeto o próprio negócio jurídico.**

Na hipótese em julgamento, embora não haja lei vedando expressamente a cessão de direito ao reembolso, como ocorre no caso do seguro DPVAT, os referidos fundamentos acima destacados se aplicam perfeitamente ao presente caso, porquanto se não há dispêndio de valores pelo segurado, não há direito ao reembolso, o que inviabiliza a possibilidade de cessão, em razão da ausência de objeto do negócio jurídico.

Ademais, o argumento de que o procedimento adotado pelas recorridas facilitaria o pagamento dos serviços médicos pelos respectivos segurados, pois não precisariam disponibilizar qualquer quantia no momento da prestação do serviço, mas apenas assinar um contrato de cessão de direitos, não pode servir de justificativa para desvirtuar a cobertura securitária prevista na legislação de regência, em relação às regras do reembolso.

Conquanto se trate de um mercado altamente regulado pelo Estado, não há qualquer permissão ou regulamentação da Agência Nacional de Saúde - ANS acerca desse tipo de procedimento, não sendo razoável, portanto, que clínicas e laboratórios não credenciados "criem" uma nova forma de reembolso em completo desvirtuamento da própria lógica do sistema preconizado na Lei 9.656/1998.

Ora, na prática, o beneficiário, ao ser informado que poderá realizar o serviço médico sem ter que desembolsar qualquer quantia, mas apenas assinar um contrato cedendo o direito ao reembolso do que for cobrado, acaba não se opondo ao que lhe é solicitado pela prestadora de serviço, concedendo verdadeira "carta branca" para que as clínicas ou laboratórios solicitem quaisquer exames e consultas e pelo valor máximo da tabela de reembolso do plano de saúde. Há, na verdade, uma deliberada supressão na negociação do preço do serviço que será prestado, visto que o consumidor não será cobrado de imediato.

De fato, a única justificativa para que clínicas e laboratórios não credenciados ofereçam serviços sem receber nada no momento do usuário, e com risco de inadimplência, em virtude de eventual recusa da operadora de plano de saúde ao reembolso, é justamente o preço cobrado.

E o que é pior, caso a operadora negue o reembolso, em razão de algum problema formal (falta de documentação, por exemplo), a prestadora de serviço fará a cobrança dos valores (referentes à "tabela cheia" do plano) do próprio segurado.

Não por outra razão, a título de *obiter dictum*, é que multiplicam-se reclamações sobre esse tipo de procedimento ("reembolso sem desembolso") nos *sites* de defesa do consumidor, em que se alega basicamente o seguinte:

- i) o consumidor, após ser atraído por anúncios publicitários de clínicas e laboratórios oferecendo serviços por meio do chamado "reembolso assistido" ou "reembolso auxiliado", isto é, com a promessa de que não precisará pagar qualquer quantia pelo respectivo serviço, assina um contrato por meio do qual faz a cessão de crédito referente ao reembolso securitário;
- ii) além disso, o prestador de serviço, em muitos casos, exige o repasse do "login" e senha do aplicativo da operadora de plano de saúde, para que possa solicitar o reembolso como se fosse o próprio beneficiário. Caso a seguradora pague o valor correspondente, o consumidor é instado a repassar o valor integral à prestadora de serviço;
- iii) porém, caso o reembolso seja recusado pela operadora, o prestador abre uma reclamação junto à ANS ("em nome do usuário") e cobra diretamente do consumidor o valor pela "tabela cheia" do plano. Daí que surgem as diversas reclamações, tanto pela falta de informação correta acerca do procedimento, como pelos valores excessivos cobrados muitas vezes por serviços de baixa complexidade.

As reclamações foram visualizadas nas seguintes páginas eletrônicas:

- (i) https://www.reclameaqui.com.br/clinica-new-life-concept/fique-atento-ao-esquema-do-reembolso_YMqLC2Nc0jb360i-/
- (ii) <https://www.reclameaqui.com.br/clinica-new-life-concept/clica-apena-de->

olho-no-dinehiro-que-pode-tirar-do-seu-convenio_j-0atNO-uR7PMgDS/
(iii) https://www.reclameaqui.com.br/clinica-new-life-concept/beneficiando-com-o-convenio_DsaqaYsDRymgry4-/
(iv) https://www.reclameaqui.com.br/clinica-new-life-concept/1-cobranca-com-valor-maior-2-nao-cumprimento-ao-acordo-3-inflexivei_knqKR_W9QsTC017u/
(v) https://www.reclameaqui.com.br/centro-de-performance-e-emagrecimento/cobranca-indevida-e-importunacao-a-cerca-de-1-ano-e-dois-meses_OywlyLMiCCRFG13/
(vi) https://www.reclameaqui.com.br/centro-de-performance-e-emagrecimento/descaso-com-o-paciente_Hffh-7qV31Z9vS24/
(v) https://www.reclameaqui.com.br/health-care-medical-center/valores-abusivos-ao-reembolso-assistido_dEiMvstkZvVN21GM/
(vi) https://www.reclameaqui.com.br/clinica-forma-humana/pratica-e-cobranca-de-valores-que-dizem-ter-caido-em-minha-conta_b1DzTLLnWH7F5Y7I/
(vii) dentre outras

Faço uma ressalva para consignar que não se está afirmando que as ora recorridas praticaram qualquer tipo de fraude em relação aos serviços prestados por meio do chamado "reembolso auxiliado". Isso não foi comprovado nos autos.

O que se está afirmando é que, sem uma regulamentação específica da ANS ou por meio de lei em sentido estrito, não há como se criar um procedimento de reembolso, diferente do estabelecido atualmente, desvirtuando a lógica do sistema e dando margem a situações de descontrole na verificação da adequação e valores das consultas, procedimentos e exames das prestadoras de serviços não credenciadas ao plano de saúde, o que poderia prejudicar todo o sistema atuarial do seguro e, em último caso, os próprios segurados.

Por fim, ressalto que, caso os usuários dos serviços prestados pelas recorridas paguem o valor, nada impede que os mesmos solicitem o reembolso à operadora recorrente, a qual deverá analisar o requerimento com base na legislação correlata.

Ante o exposto, dou provimento ao recurso especial para, reformando o acórdão recorrido, restabelecer a sentença de procedência da ação, inclusive no tocante aos ônus de sucumbência.

É o voto.

**CERTIDÃO DE JULGAMENTO
TERCEIRA TURMA**

Número Registro: 2021/0021933-3

PROCESSO ELETRÔNICO REsp 1.959.929 / SP

Números Origem: 1002455-82.2018.8.26.0100 10024558220188260100

PAUTA: 22/11/2022

JULGADO: 22/11/2022

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

Subprocurador-Geral da República

Exmo. Sr. Dr. OSNIR BELICE

Secretária

Bela. MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA

AUTUAÇÃO

RECORRENTE : NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A
ADVOGADOS : MARICI GIANNICO - DF030983
MARSELHE CRISTINA DE MATTOS - DF048621
CAROLINE MACHADO LIMA - DF062775
FLAVIO PEREIRA LIMA - SP012011
RECORRIDO : BEM ESTAR SERVIÇOS E DIAGNOSTICOS LTDA
ADVOGADO : MARIA ISABEL SUDAIA TEIXEIRA - SP261397
RECORRIDO : CLINICA CORPO SAUDELVEL LTDA
ADVOGADOS : RENATA VILHENA SILVA - SP147954
LEONARDO RAMOS NOGUEIRA - SP315348

ASSUNTO: DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Prestação de Serviços

SUSTENTAÇÃO ORAL

Dra. MARICI GIANNICO, pela parte RECORRENTE: NOTRE DAME INTERMEDICA SAUDE S.A

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Terceira Turma, por unanimidade, deu provimento ao recurso especial, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Ricardo Villas Bôas Cueva (Presidente) votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino.