

# Fraudes em saúde suplementar: promessa de ‘procedimento sem custo’ esconde esquema organizado

25/03/2026

A fraude em saúde suplementar deixou de ser um fenômeno pontual e passou a assumir contornos estruturados, sofisticados e altamente lesivos. O que antes era episódico hoje revela sinais de organização, especialização e uso intensivo de tecnologia, com impactos diretos não apenas sobre operadoras, mas sobre toda a coletividade de segurados.

Em muitos casos, o ponto de partida é sedutor: ofertas em redes sociais prometendo acesso a tratamentos não cobertos pelo plano, ou a procedimentos que, embora cobertos, seriam realizados “sem custo” fora da rede credenciada. A comunicação é direta, segmentada por algoritmos e direcionada a públicos vulneráveis — pacientes em busca de soluções rápidas para questões de saúde.

O que não fica claro é que, por trás dessa promessa, pode existir uma engrenagem complexa de captação, indução documental, judicialização estratégica e geração artificial de reembolsos.

## Como os esquemas operam

Dois modelos têm se destacado pela recorrência e sofisticação.

### Judicialização instrumentalizada para custeio direto

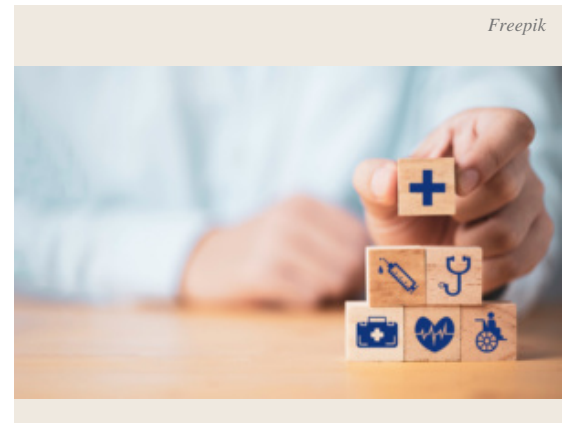
Nesse formato, clínicas e profissionais captam pacientes e os induzem a assinar uma série de documentos, incluindo procurações amplas. A partir daí, são propostas ações judiciais com pedidos de liminar para realização de procedimentos.

Não raramente, surgem indícios de documentação inconsistente ou artificialmente construída para sustentar:

- urgência do procedimento;
- exclusividade de determinado prestador;
- impossibilidade de realização na rede credenciada da operadora.

Com a concessão de liminares, as operadoras passam a ser obrigadas a custear diretamente procedimentos em valores significativamente superiores aos praticados no mercado — inclusive em situações em que há dúvidas sobre a efetiva realização do serviço.

O Judiciário, é verdade, vem se tornando mais atento a esse tipo de distorção. Ainda assim, a dinâmica impõe elevado custo operacional e dificuldade probatória, especialmente quando a produção de provas técnicas encontra limitações no próprio curso do processo.



Freepik

Spacca

## Reembolso com simulação de pagamento e estrutura financeira paralela

A segunda modalidade revela um grau ainda maior de sofisticação.

Aqui, clínicas estruturam uma rede de parceiros que inclui financeiras e instituições de pagamento. O objetivo é simular o cumprimento de um requisito essencial ao reembolso: o prévio desembolso pelo segurado.

Na prática, o que ocorre pode envolver:

- concessão de “empréstimos” sem juros, sem garantias e, muitas vezes, incompatíveis com a renda do segurado;
- abertura de contas digitais em nome do próprio beneficiário — em diversos casos sem plena ciência deste, viabilizada por procurações previamente assinadas;
- circulação artificial de valores para gerar comprovantes formais de pagamento;
- utilização desses documentos para instruir pedidos de reembolso junto à operadora.

Em alguns casos, o acesso ao aplicativo da operadora é feito diretamente por terceiros, utilizando login e senha do próprio segurado, para protocolar os pedidos.

Quando o reembolso é negado por suspeita de inconsistência, a resposta segue um roteiro já conhecido: judicialização em massa ou provocação administrativa, com uso das mesmas estruturas que deram origem à operação.

E, se ainda assim não há êxito, o risco final recai sobre o próprio segurado, que pode ser cobrado diretamente pelos valores envolvidos.

## Papel do segurado: entre boa-fé e indução

Um dos pontos mais sensíveis desse cenário é que o segurado nem sempre atua com dolo.

Há, sim, situações em que há participação consciente. Mas, em muitos casos, o que se observa é um consumidor induzido por promessas aparentemente legítimas, sem plena compreensão dos documentos assinados — especialmente quando envolvem procurações amplas, autorizações financeiras e acesso a dados pessoais.

A assimetria de informação, combinada com a vulnerabilidade típica de quem busca tratamento de saúde, cria um ambiente propício para esse tipo de prática.

## Impacto coletivo

É fundamental afastar a ideia de que a fraude afeta apenas a operadora.

O prejuízo é sistêmico:

- pressiona custos assistenciais,
- contribui para reajustes,
- incentiva a judicialização predatória,
- e compromete a sustentabilidade do modelo de mutualismo que sustenta a saúde suplementar.

Além disso, há indícios, em determinadas situações, de práticas que podem transcender o campo cível, alcançando discussões sobre fraude, estelionato, associação criminosa e até possíveis estruturas de ocultação e dissimulação de valores — temas que já começam a atrair a atenção de órgãos de persecução especializados.

## Resposta necessária





O enfrentamento desse cenário exige mais do que reação pontual.

Passa por:

- investimento em inteligência antifraude e tecnologia,
- integração entre áreas jurídicas, assistenciais, *compliance*, privacidade e dados,
- atuação institucional coordenada,
- e fortalecimento de mecanismos de prevenção.

Mas há um ponto que não pode ser negligenciado: a primeira linha de defesa ainda é o próprio consumidor.

### **Alerta direto ao usuário**

Desconfie de promessas fáceis!

Procedimentos “sem custo”, fora da rede credenciada, com exigência de assinatura de múltiplos documentos, abertura de contas, concessão de acesso a aplicativos ou transferência de poderes amplos por procuração são sinais de alerta relevantes.

Na dúvida, procure a operadora antes de qualquer decisão.

A saúde suplementar depende de confiança. E preservar essa confiança é responsabilidade de todos os atores do sistema.

Fonte: <https://conjur.jumps.com.br/2026-mar-25/fraudes-em-saude-suplementar-quando-a-promessa-de-procedimento-sem-custo-esconde-um-esquema-organizado/>