

Quando o ilícito individual ameaça a arquitetura coletiva do risco

Por Ana Rita Petraroli (*)



“A fraude no seguro nunca é apenas um conflito entre duas partes. Toda vez que uma vantagem indevida é retirada de um fundo mutual, o prejuízo deixa de ser individual e passa a ser coletivo.”

A entrada em vigor da Lei nº 15.040/2024 oferece uma oportunidade particularmente fértil para revisitar a fraude securitária a partir de uma perspectiva menos estreita do que aquela que tradicionalmente a reduz a um embate entre segurado e seguradora. O contrato de seguro, embora celebrado individualmente, somente funciona porque existe uma coletividade de riscos por trás de cada relação bilateral. O prêmio pago por um segurado não é o preço de sua futura indenização; é a contribuição para uma massa econômica comum que precisa ser tecnicamente suficiente para responder aos eventos cobertos de todos os integrantes da carteira. Por isso, quando há fraude, superfaturamento, simulação, omissão dolosa, indicação artificial de procedimentos, manipulação de circunstâncias do sinistro ou qualquer outra forma de apropriação indevida de recursos, não se está diante apenas de uma lesão patrimonial à seguradora. O que se atinge é a própria lógica da mutualidade, isto é, o mecanismo pelo qual muitos suportam, de forma organizada e previsível, as perdas que recaem sobre alguns.

Essa constatação é especialmente importante em ambientes regulados de alta complexidade, como o da saúde suplementar. Em cadeias que envolvem beneficiários, médicos, hospitais, distribuidores, fabricantes, auditorias e fornecedores de dispositivos médicos, a assimetria de informação é profunda e a formação do custo nem sempre é transparente. Em situações dessa natureza, a fraude não se limita à falsidade documental ou à cobrança manifestamente indevida. Ela pode se apresentar de modo mais sofisticado, por meio de procedimentos desnecessários, seleção artificial de materiais, ausência de justificativa clínica adequada, conflitos de interesse,

intermediações opacas ou distorções na formação de preços. O problema, então, deixa de ser exclusivamente econômico e passa a alcançar a própria segurança assistencial. Um sistema que paga o que não deveria pagar compromete sua sustentabilidade; um sistema que autoriza o que não deveria ser realizado também pode comprometer a saúde do paciente. **Fraude, desperdício e inadequação assistencial não são fenômenos idênticos, mas compartilham um mesmo território de risco: a opacidade.**

É nesse ponto que a mutualidade deixa de ser mero dado atuarial e passa a revelar sua verdadeira dimensão jurídica. O contrato securitário é individual em sua forma, mas coletivo em sua base econômica. Cada segurado ingressa numa comunidade de risco cuja estabilidade depende da correspondência entre cobertura, frequência, severidade, prêmio, reservas, provisões e critérios de seleção. Essa estrutura torna possível aquilo que seria economicamente inviável no plano individual: transformar uma perda potencialmente insuportável para uma pessoa em custo previsível para uma coletividade. O fundo mutual, portanto, não é mera consequência financeira do contrato; é a infraestrutura que torna o próprio contrato possível.

Essa percepção altera a forma de compreender tanto a fraude quanto os limites da cobertura. Se o patrimônio destinado ao pagamento dos sinistros é formado por contribuições coletivas, a apropriação indevida de uma parcela desse patrimônio produz efeito distributivo: alguém recebe o que não deveria receber e os demais, direta ou indiretamente, suportam esse custo. A fraude securitária, sob essa ótica, é uma forma de transferência ilegítima dentro da mutualidade. O dano pode aparecer inicialmente no balanço da seguradora, mas tende a repercutir em sinistralidade, provisionamento, precificação, seleção de risco e desenho de produtos. Em última análise, o custo da fraude retorna à própria coletividade. **No seguro, o ilícito privado produz consequência coletiva. É esse dado que transforma o combate à fraude em tema de função social do contrato.**

Essa compreensão também ajuda a evitar um equívoco recorrente: mutualidade não significa solidariedade ilimitada. O fato de todos contribuírem para um fundo comum não implica que toda despesa, toda pretensão ou toda indicação possa ser automaticamente absorvida por esse fundo. A mutualidade pressupõe delimitação de risco, previsibilidade e critérios de cobertura. Se qualquer obrigação puder ser acrescida depois, independentemente de ter sido considerada na precificação ou no cálculo atuarial, o fundo deixa de ser instrumento técnico de distribuição de riscos e passa a funcionar como caixa aberta de financiamento indeterminado. A função social do seguro não elimina os limites do contrato; exige que eles sejam legítimos, transparentes e compatíveis com a lei.

A Lei nº 15.040/2024 reforça essa leitura ao deslocar a boa-fé de uma posição meramente principiológica para uma função operacional dentro do contrato. A nova legislação estabelece deveres concretos ao longo de toda a relação securitária, desde a formação do vínculo até o tratamento do sinistro, e cria um sistema no qual informação, cooperação, lealdade e transparência passam a ter consequências jurídicas mais definidas. O regime do agravamento do risco é ilustrativo: a lei protege a seguradora contra condutas intencionais que alterem significativamente o risco, mas também impede que a perda da garantia seja utilizada como sanção automática ou desvinculada das circunstâncias efetivamente demonstradas.

Esse equilíbrio é talvez uma das contribuições mais relevantes do novo regime. A proteção da mutualidade não autoriza presunções genéricas de fraude, assim como a proteção do segurado não autoriza a neutralização de todo mecanismo de controle. Fraude precisa ser demonstrada. Agravamento precisa ser relevante. O nexos exigido pela lei precisa ser provado quando juridicamente necessário. A consequência contratual deve guardar proporção com a conduta verificada. A nova lei, portanto, não constrói uma proteção unilateral; constrói uma disciplina de responsabilidades recíprocas. **A boa-fé securitária não é um favor concedido ao segurado nem uma prerrogativa da seguradora. É a regra de funcionamento da mutualidade.**

Essa mudança de perspectiva também permite compreender por que mecanismos de auditoria, análise documental e revisão técnica não podem ser automaticamente equiparados a práticas

abusivas. Um sistema de seguro que não verifica a legitimidade das prestações que financia compromete não apenas sua eficiência, mas a própria justiça distributiva interna. Ao mesmo tempo, um sistema que converte qualquer divergência ou inconsistência em suspeita de fraude destrói a confiança que deveria preservar. O desafio jurídico está exatamente no meio: controle sem arbitrariedade, proteção sem ingenuidade, transparência sem exposição indevida e eficiência sem supressão de direitos.

Na saúde suplementar, essa equação se torna particularmente visível. Em disputas sobre procedimentos, materiais e dispositivos de alto custo, a controvérsia frequentemente chega ao Judiciário com aparência exclusivamente jurídica, embora sua origem seja essencialmente técnica. Discute-se a necessidade de determinado procedimento, a pertinência de um dispositivo específico, a existência de alternativa terapêutica, a urgência do caso, a adequação clínica, o custo comparativo ou a existência de evidência científica suficiente. Quando o debate é reduzido a uma oposição simplificada entre “indicação médica” e “negativa da operadora”, perde-se justamente aquilo que torna o caso complexo: a necessidade de qualificação técnica da decisão.

Nesse contexto, instrumentos como auditoria médica, junta técnica, parecer independente e apoio especializado ao Judiciário devem ser analisados como mecanismos de governança e de qualificação da decisão, e não como obstáculos automáticos ao acesso à assistência. Sua legitimidade, evidentemente, depende de transparência, independência, motivação e respeito ao contraditório. A avaliação técnica não pode ser um ritual destinado a legitimar uma negativa previamente decidida, assim como a indicação assistencial não pode ser tratada como verdade juridicamente incontestável apenas por decorrer do profissional escolhido pelo paciente. Entre essas posições existe um espaço legítimo de avaliação técnica, especialmente quando há divergências complexas ou custos extraordinários envolvidos.

É justamente nessa zona que prevenção à fraude e saúde baseada em evidências se encontram. Nem toda indicação inadequada é fraudulenta, mas todo sistema de prevenção sério precisa ser capaz de identificar padrões incompatíveis com a racionalidade clínica ou econômica do cuidado. Da mesma forma, nem todo procedimento caro é excessivo, mas a ausência absoluta de mecanismos de verificação torna o fundo mutual vulnerável a distorções que podem se repetir em escala. A resposta institucional não está em presumir má-fé; está em criar processos capazes de revelar, documentar e auditar a racionalidade das escolhas. **Quanto maior a complexidade técnica, menor deve ser o espaço para decisões automáticas.**

A fraude prospera, em grande medida, onde a informação é fragmentada. Essa característica é particularmente sensível no seguro e ainda mais intensa na saúde suplementar, onde diferentes agentes detêm parcelas distintas das informações relevantes. O segurado conhece circunstâncias do risco; o médico conhece a indicação clínica; o hospital controla parte da execução assistencial; o fornecedor conhece a formação do preço; a operadora possui dados de utilização e frequência; o regulador detém parâmetros sistêmicos. Quando essas informações não se comunicam de forma auditável, formam-se zonas de baixa visibilidade nas quais tanto o erro quanto a fraude podem se desenvolver.

Por isso, transparência não deve ser compreendida apenas como obrigação informacional formal. Ela é instrumento de redução de assimetria e, portanto, de prevenção. Rastreabilidade de materiais, documentação adequada da indicação, clareza na formação de preço, identificação de vínculos econômicos relevantes, consistência entre diagnóstico e tratamento, sistemas de alerta e capacidade de cruzamento de dados são mecanismos que protegem simultaneamente a seguradora, o beneficiário e a própria relação de confiança entre os agentes. A prevenção mais sofisticada não é aquela que multiplica recusas, mas aquela que reduz a necessidade de recusas porque aumenta a qualidade da informação desde a origem.

O custo da fraude raramente se limita ao valor da indenização ou do procedimento indevidamente pago. Há uma cadeia de despesas silenciosas que tende a ser ignorada: auditorias, sistemas de detecção, perícias, investigações, judicialização, controles internos, desenvolvimento tecnológico, compliance, provisões adicionais e estruturas de gestão de risco. Esses custos são incorporados à

operação e, de uma forma ou de outra, retornam ao preço final do seguro ou da assistência.

Isso produz um paradoxo pouco discutido. Quanto maior a fraude, mais caros se tornam os mecanismos de prevenção; quanto mais caros os mecanismos de prevenção, maior a pressão sobre o custo da operação; e quanto maior o custo da operação, maior a dificuldade de expansão da cobertura. **A fraude não apenas retira recursos do sistema. Ela encarece o próprio acesso ao sistema.**

Mas o inverso também é verdadeiro: controles mal desenhados geram custos igualmente relevantes. Negativas indevidas, atrasos injustificados, procedimentos de auditoria excessivamente burocráticos e imputações precipitadas de irregularidade ampliam a judicialização, deterioram a confiança e também elevam o custo sistêmico. Por isso, uma política antifraude eficiente não pode medir sua eficácia apenas pelo volume de recusas ou pelo valor economizado. Deve ser avaliada também por sua capacidade de separar, com precisão, o comportamento legítimo do comportamento abusivo.

O Poder Judiciário ocupa posição delicada nesse sistema. A função jurisdicional naturalmente se volta ao caso concreto, mas o seguro opera por lógica coletiva. Essa tensão exige cautela. Uma decisão individual pode parecer justa quando analisada isoladamente e, ainda assim, produzir impacto relevante quando reproduzida em milhares de casos semelhantes. O problema não está em negar a tutela de direitos individuais, mas em reconhecer que determinadas decisões podem alterar, na prática, o conteúdo econômico do contrato e ampliar obrigações que não foram inicialmente consideradas no cálculo do risco.

A proteção do consumidor não pode prescindir da consideração da estrutura econômica do contrato. Da mesma forma, a invocação da mutualidade não pode funcionar como justificativa abstrata para limitar direitos legítimos. O ponto de equilíbrio está na análise concreta da cobertura, da boa-fé, da prova, do nexo causal, da informação prestada e da compatibilidade da pretensão com o risco efetivamente contratado.

A jurisprudência securitária do futuro terá de lidar cada vez mais com essa dimensão sistêmica. A Lei nº 15.040/2024, ao disciplinar de forma própria o contrato de seguro, tende a reduzir o espaço para interpretações que tratem o seguro como simples contrato bilateral de consumo dissociado de sua base econômica. A proteção jurídica do segurado continua essencial, mas deverá dialogar com a preservação da mutualidade como pressuposto de continuidade da própria proteção.

É justamente nesse ponto que o debate precisa mudar de linguagem. Durante muito tempo, o combate à fraude foi apresentado como pauta essencialmente empresarial, ligada à redução de perdas e à defesa do resultado econômico das seguradoras. Essa narrativa é incompleta. Em estruturas mutualísticas, prevenir fraude é também proteger o consumidor honesto.

Evitar pagamentos indevidos preserva recursos destinados às indenizações legítimas. Impedir procedimentos desnecessários protege o paciente. Aumentar a rastreabilidade de dispositivos reduz conflitos de interesse. Exigir justificativas técnicas adequadas melhora a qualidade assistencial. E exigir prova consistente antes de imputar fraude protege o segurado contra arbitrariedades. A relação entre combate à fraude e proteção do consumidor não é, portanto, de oposição. É de interdependência. **Não existe proteção sustentável do segurado sem proteção da mutualidade. E não existe proteção legítima da mutualidade sem respeito integral aos direitos do segurado.**

Essa talvez seja uma das chaves interpretativas mais importantes da nova Lei de Seguros. O sistema deve ser capaz de proteger simultaneamente o indivíduo, a coletividade e a instituição seguro. A boa-fé atua como elemento de conexão entre esses três planos.

A função social do contrato securitário costuma ser associada à garantia da indenização e à proteção patrimonial do segurado. Essa é uma dimensão essencial, mas não única. O seguro também exerce função social ao organizar riscos que, individualmente, seriam economicamente

insuportáveis. Ao permitir que uma coletividade compartilhe incertezas, produz estabilidade patrimonial, previsibilidade econômica e capacidade de continuidade das atividades individuais e empresariais.

Fraudar esse sistema significa interferir nessa função social. Não porque toda fraude seja capaz de comprometer, sozinha, uma carteira. Mas porque a repetição de comportamentos oportunistas altera a lógica de confiança necessária ao funcionamento do mercado. Em ambientes de baixa confiança, os controles tornam-se mais caros, a seleção se torna mais rigorosa, a precificação aumenta e alguns riscos deixam de ser economicamente atraentes. A fraude, portanto, não é apenas um desvio de comportamento. É um fator de erosão institucional.

A entrada em vigor da Lei nº 15.040/2024 cria condições para uma compreensão mais madura do contrato de seguro. A nova disciplina não deve ser lida apenas como atualização normativa de cláusulas, prazos e procedimentos. Ela oferece a oportunidade de recolocar no centro do debate aquilo que dá sentido econômico e jurídico ao seguro: a organização coletiva do risco.

Nesse ambiente, a fraude não pode continuar sendo tratada apenas como disputa entre quem pede e quem paga. Seu impacto transcende a relação bilateral porque atinge o fundo econômico que sustenta toda a coletividade segurada. Ao mesmo tempo, a proteção dessa coletividade não autoriza presunções, sanções automáticas ou controles arbitrários. A nova lei exige responsabilidade dos dois lados: transparência, informação, cooperação, prova e proporcionalidade.

Na saúde suplementar, essa equação se torna particularmente visível. Cadeias complexas, dispositivos de alto custo, assimetria informacional, decisões clínicas e interesses econômicos se cruzam de forma intensa. Quanto menor a transparência, maior a vulnerabilidade do sistema; quanto menor a capacidade de auditoria, maior o espaço para distorções; quanto menor a qualidade da informação técnica, maior o risco de decisões equivocadas.

O caminho juridicamente mais consistente não está nem na desconfiança generalizada nem na ingenuidade regulatória. Está em construir instituições capazes de distinguir, com precisão, o risco legítimo do comportamento oportunista, a indicação clínica da distorção econômica, o direito do segurado da vantagem indevida. **O seguro existe porque uma comunidade aceita compartilhar riscos. A fraude rompe exatamente esse pacto invisível. Preservar a mutualidade, por isso, não é proteger a seguradora contra o segurado. É proteger o segurado legítimo contra a corrosão do próprio sistema que garante sua proteção.**

(*) **Ana Rita Petraroli** é advogada especializada em Direito Securitário e Saúde Suplementar, com atuação acadêmica, institucional e contenciosa no setor de seguros. Presidente da AIDA Brasil, integra o debate regulatório e jurisprudencial sobre a Lei nº 15.040/2024, mutualidade, judicialização e sustentabilidade do mercado segurador. É sócia do Petraroli Advogados, escritório com atuação especializada em seguros e previdência privada.

(25.08.2026)