



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000282557

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1059503-23.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são apelados MARIA EDUARDA DA SILVA DIAS (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)) e ELIZABETH LUIZ DA SILVA DIAS (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 3ª Câmara de Direito Privado 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 JOÃO PAZINE NETO (Presidente) E MÁRIO CHIUHITE JÚNIOR.

São Paulo, 25 de março de 2025.

VIVIANI NICOLAU
Relator(a)
Assinatura Eletrônica

VOTO Nº : 47862
APELAÇÃO Nº: 1059503-23.2023.8.26.0100
COMARCA : SÃO PAULO
APTE. : CENTRAL NACIONAL UNIMED -
COOPERATIVA CENTRAL
APDOS. : MARIA EDUARDA DA SILVA DIAS E
OUTRO

JUIZ SENTENCIANTE: RAPHAEL GARCIA PINTO

“APELAÇÃO CÍVEL. PLANO DE SAÚDE. Sentença de procedência. Recurso da ré. Insurgência que não prospera. OBRIGAÇÃO DE COBERTURA. Abusividade da negativa fundada em prazo de carência contratual. Constatação médica de necessidade de transferência hospitalar e internação, em caráter de urgência, para tratamento de Herpes Zoster e da função renal. Aplicação do período de carência de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98. Determinação de cobertura mantida. DOENÇA PREEXISTENTE. Operadora que não exigiu a realização de exames antes da contratação. Posterior alegação de configuração de doença preexistente que se revela contraditória. Má-fé da autora não comprovada. Precedentes do STJ e desta Câmara. Parecer do Ministério Público no mesmo sentido. Sentença preservada. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO”. (v. 47862).

Trata-se de ação cominatória com pedido de tutela de urgência intentada por MARIA EDUARDA DA SILVA DIAS e outro em face de CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL. O relatório da sentença, que se adota, bem resume os principais aspectos da causa:

“Trata-se de ação de obrigação de fazer proposta por M.E.DA.S.D, por meio de seu representante legal, em face de CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL, ambos qualificadas nos autos.

Narra a autora que fora diagnosticada com linfoma de Hodgkin e iniciou tratamento na rede pública. Posteriormente, houve também diagnóstico de herpes zoster. Em razão da ausência de tratamento adequado, os médicos determinaram a transferência da paciente para o Hospital da

Beneficência Portuguesa, credenciado ao plano. Contudo, a ré negou a remoção e internação, com fundamento em período de carência.

Ajuíza, pois, a demanda requerendo a condenação do plano a realizar a remoção, internação e integral tratamento necessário.

Com a inicial (fls. 01/18), que atribuiu à causa o valor de R\$ 1.000,00, acostou documentos.

A decisão de fls. 42/43 concedeu a tutela de urgência pleiteada. Comunicado o descumprimento pela ré (fls. 46/51).

Emenda à inicial (fls. 60/61) para que a ré proceda ao tratamento em qualquer hospital da rede credenciada.

Citada, a ré ofertou contestação (fls. 255/276). Alega que a autora recebeu alta hospitalar, não sendo necessário o tratamento desde 17/5/2023. Entende ser aplicável o prazo de carência contratual. Outrossim, entende que há indícios de doença pré-existente.

Réplica (fls. 354/365)

Manifestação do Ministério Público (fls. 386/391).

É o relatório.”.

Ao fim, a r. sentença julgou o pedido **parcialmente procedente** para confirmar “*a tutela de urgência deferida, ora ratificada e tornada definitiva, inclusive no que tange à multa imposta, para reconhecer que havia obrigação da ré em providenciar a remoção por ambulância e autorização e custeio da internação e dos exames emergenciais, bem como todas as condutas e desdobramentos (cirurgias, tratamentos, procedimentos, médicos e materiais) em rede credenciada, até a data da alta médica recebida pela paciente.*”.

Ônus de sucumbência atribuídos à ré. Honorários advocatícios arbitrados em R\$ 3.000,00, por apreciação equitativa (fls. 578/584).

Nas razões do apelo, a **RÉ** sustenta, em síntese, que: **(i)** o contrato celebrado em 20/03/2023

contém previsão de carência de 180 dias; **(ii)** o quadro da autora não configurou urgência; **(iii)** em 17/05/2024, após o deferimento da liminar, a autora recebeu alta pela estabilização de sua condição; **(iv)** a cobertura na condição de urgência ou emergência é limitada a 12 horas; **(v)** a operadora não praticou ato ilícito; **(vi)** as cláusulas contratuais não podem ser reputadas abusivas; **(vii)** há fortes indícios de omissão de doença preexistente; **(viii)** a autora não indicou a data do diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (CID: 10 – C811) (fls. 587/599).

O recurso é tempestivo e preparado.

Contrarrazões ofertadas (fls. 605/614).

Prevenção pelos autos nº 2118282-60.2023.8.26.0000 (fl. 616), cujo julgamento teve a ementa assim redigida:

"AGRAVO DE INSTRUMENTO. PLANO DE SAÚDE. TUTELA DE URGÊNCIA. Ação cominatória. Decisão agravada que deferiu a tutela de urgência para que a ré adotasse, no prazo de 6 horas, as providências necessárias para a remoção por ambulância, autorização e custeio da internação e dos exames emergenciais em rede credenciada, conforme indicação médica, sob pena de multa diária de R\$ 1.000,00, limitada a 5 dias. Inconformismo da operadora. Durante a tramitação do recurso, sobreveio notícia de que a autora teve alta da internação. Juízo a quo que proferiu nova decisão, reconhecendo a perda do objeto da tutela concedida. Circunstância que não impede o conhecimento do recurso, tendo em vista que o interesse recursal persiste, sobretudo para fins de eventual cumprimento provisório de sentença. Paciente portadora de Linfoma de Hodgkin, herpes zoster e perda da função renal. Necessidade de tratamento em caráter de urgência, constatada por relatório médico, que afasta a obrigação de observância de prazo contratual de carência de 180 dias para cobertura de procedimento hospitalar. Artigo 35-C, inciso I da Lei 9.656/98. Precedentes deste Tribunal. Requisitos para tutela de urgência preenchidos, nos termos do artigo 300 do CPC, à época da decisão. Valor da multa fixada que não comporta reparo, pois não se revela desproporcional e elevado. Pedido de expedição de ofício aos Hospitais que não comporta análise diretamente pelo Tribunal, pois não foi examinado pelo Juízo de origem, configurando-se, assim, supressão de Instância. Decisão preservada. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO, NA PARTE CONHECIDA." (v. 42325). (TJSP; Agravo de Instrumento 2118282-60.2023.8.26.0000; Relator (a): **VIVIANI**

NICOLAU; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 10/07/2023; Data de Registro: 10/07/2023)

A douta **Procuradoria de Justiça Cível** ofertou parecer pelo **não provimento** do recurso (fls. 622/624).

Não houve expressa oposição ao julgamento virtual.

É O RELATÓRIO.

No caso dos autos, restou incontroverso que a autora, nascida em 03/06/2007 (fls. 56), é beneficiária do plano de saúde operado pela ré desde **10/03/2023** (fls. 77/98).

No mês seguinte à adesão ao contrato, a demandante sentiu incômodos e dores no abdômen, o que a levou ao Pronto Socorro da rede pública de saúde. Na ocasião, foi diagnosticada com “LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO, TIPO ESCLEROSE NODULAR” (fls. 54) e realizou tratamento quimioterápico.

Posteriormente, também em razão das dores abdominais intensas e do surgimento de bolhas no tórax, dirigiu-se ao pronto socorro do Instituto da Criança no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Na ocasião, foi diagnosticada com “*herpes zoster e piora da função renal*”, sendo internada em regime de isolamento para início do tratamento (fls. 20).

O sumário clínico datado do dia seguinte à internação (**10/05/2023**) constatou a urgência do quadro clínico, nos seguintes termos: “*Solicito com urgência internação em enfermaria de pediatria no Hospital Beneficência Portuguesa para continuidade do tratamento do quadro infeccioso agudo com antibioticoterapia, monitorização da função renal e controle algico.*” (fls. 20).

A operadora do plano de saúde, contudo, indeferiu a cobertura relativa à remoção em

ambulância para a rede credenciada, em razão de carência contratual (fls. 24), o que ensejou o ajuizamento da ação.

Cinge-se a controvérsia recursal sobre o dever de cobertura da ré.

A r. sentença, que julgou os pedidos iniciais parcialmente procedentes, é **mantida**.

No que diz respeito à **internação**, o caráter de urgência restou incontroverso em razão da expressa consignação no documento médico.

Nos termos do sumário clínico, a autora permaneceu internada em regime de isolamento, pois se tratava de paciente imunossuprimida, com lesão de pele ativa, o que corrobora a necessidade de transferência hospitalar por ambulância.

De se ressaltar, ainda, que embora a paciente estivesse estável hemodinamicamente e com bom controle algico na ocasião em que elaborado o sumário clínico, o médico assistente consignou que permanecia o quadro infeccioso agudo, com necessidade de antibioticoterapia, monitorização da função renal e controle algico.

Assim, tratando-se de diagnóstico médico e pedido de internação com consignação do caráter de urgência (e não de procedimento eletivo), bem como ausente causa legítima de exclusão de cobertura, a conduta da ré é manifestamente abusiva.

Com efeito, em caso de urgência ou emergência a cobertura é obrigatória em razão do art. 35-C da Lei dos Planos de Saúde, somente se admitindo a incidência do prazo de carência de 24 horas, que já havia transcorrido. Confira-se:

“Art. 35-C. É **obrigatória a cobertura** do atendimento nos casos: I - de **emergência**, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente; II - de **urgência**, assim entendidos os resultantes de acidentes

“pessoais ou de complicações no processo gestacional;” (Lei nº 9.656/98, **destaque não original**)

“É abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso **período de carência que não seja o prazo de 24 horas** estabelecido na Lei nº 9.656/1998” (TJSP, Súmula nº 103, **destaque não original**)

Não há, portanto, que se falar em carência contratual em razão do prazo de 180 dias.

Da mesma forma, eventual restrição da cobertura de internação apenas nas primeiras 12 horas não prospera em atenção ao que dispõe a Lei dos Planos de Saúde, interpretada sistematicamente com as normas do CDC.

Vale destacar que a adoção de entendimento em sentido diverso colocaria a parte consumidora e beneficiária do plano em nítida relação de desequilíbrio, retiraria a eficácia do atendimento coberto e violaria os deveres instrumentais de cuidado e de lealdade impostos pelo princípio da boa-fé objetiva (CC, art. 422).

À vista do exposto, constatada a responsabilidade da ré pela cobertura, mostra-se correta a r. sentença que determinou a remoção por ambulância e autorização e custeio da internação e dos exames emergenciais, bem como todas as condutas e desdobramentos (cirurgias, tratamentos, procedimentos, médicos e materiais) em rede credenciada, até a data da alta médica recebida pela paciente.

Em sentido semelhante já decidiu o
C. Superior Tribunal de Justiça:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. CASO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. RECUSA. NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE CARÊNCIA PARA ATENDIMENTO EMERGENCIAL. 24 HORAS. LIMITAÇÃO DA INTERNAÇÃO POR 12 HORAS. CARÁTER ABUSIVO. SÚMULAS N. 302 E 597 DO STJ. NEGATIVA INDEVIDA. OBRIGATORIEDADE DE ATENDIMENTO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. ENTENDIMENTO EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA N. 83 DO STJ. REVISÃO. NÃO

CABIMENTO. NECESSIDADE DE INCURSÃO NO ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N. 7 DO STJ. ASTREINTES. IMPOSIÇÃO. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA N. 7 DO STJ. VALOR. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. ACERVO FÁTICO-PROBATÓRIO. REEXAME. SÚMULA N. 7 DO STJ. ARTS. 412 E 413 DO CC. MERA INDICAÇÃO. DEFICIÊNCIA DE FUNDAMENTAÇÃO. SÚMULA N. 284 DO STF. DECISÃO MANTIDA. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. 1. Não é abusiva a cláusula contratual que prevê prazo de carência para os serviços prestados pelo plano de saúde. No entanto, **configura abusividade a negativa de fornecimento de assistência médica em casos de urgência ou emergência durante o período de carência, sendo injusta a recusa da operadora.** 2. **É abusiva a cláusula contratual que, em casos de urgência ou emergência, limita o período de internação ao período de 12 horas ou prevê carência para utilização dos serviços de assistência médica após ultrapassado o prazo máximo de 24 horas da contratação, conforme disposto nas Súmulas n. 302 e 597 do STJ.** 3. Havendo, em razão do período de carência estipulado no contrato, a indevida recusa de atendimento pela operadora do plano de saúde em caso de urgência ou emergência, é cabível a indenização por danos morais. 4. Tendo o tribunal de origem concluído, mediante a análise do acervo probatório dos autos, pelo cabimento da multa cominatória por ausência de demonstração do cumprimento integral de obrigação, revisar referida conclusão encontra óbice na Súmula n. 7 do STJ. 5. A questão relativa à redução/aumento das astreintes não pode ser revista na instância especial, pois tal procedimento implica reexame das circunstâncias fáticas que delimitaram a controvérsia (Súmula n. 7 do STJ), salvo se o arbitramento for excessivo ou ínfimo. 6. Aplica-se a Súmula n. 284 do STF quando não for possível aferir de que maneira o acórdão impugnado violou os dispositivos de lei federal indicados no recurso especial. 7. Agravo interno desprovido.” (STJ, AgInt no REsp n. 1.858.967/CE, relator **MINISTRO JOÃO OTÁVIO DE NORONHA**, Quarta Turma, julgado em 17/4/2023, DJe de 19/4/2023, **destaque não original**)

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA. CARÊNCIA NÃO APLICÁVEL. ACÓRDÃO RECORRIDO EM CONSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. APLICAÇÃO DA SÚMULA 83/STJ. NÃO PROVIMENTO. 1. **A jurisprudência do STJ firmou o entendimento de que "a cláusula do prazo de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde não prevalece quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento necessário em caso de emergência ou de urgência"** (AgInt no AREsp 1153702/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, TERCEIRA TURMA, julgado em 3/12/2018, DJe 5/12/2018). 2. O recurso especial é inviável quando o

Tribunal de origem decide em consonância com a jurisprudência pacífica do STJ (Súmula 83/STJ). 3. Agravo interno a que se nega provimento.” (STJ, AgInt no AREsp n. 2.163.872/SP, relatora **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**, Quarta Turma, julgado em 20/3/2023, DJe de 23/3/2023, **destaque não original**)

No que diz respeito à suposta **configuração de doença preexistente**, também não assiste razão à ré.

Os elementos dos autos indicam que a operadora do plano de saúde não exigiu eventual realização de exames pela autora antes da celebração do contrato.

Neste cenário, a falta de verificação das condições necessárias à contratação do plano de saúde em momento oportuno, seguida da argumentação de configuração de doença preexistente, a fim de afastar o direito autoral invocado, configura comportamento contraditório que não deve ser tolerado.

Além disso, a ré também não se desincumbiu do ônus de comprovar a configuração de má-fé da autora.

Rejeita-se, portanto, a tese de defesa.

Nesse sentido é o entendimento adotado pelo C. **Superior Tribunal de Justiça**:

“PROCESSUAL CIVIL E CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PRESCRIÇÃO MÉDICA DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE ADENO-AMIGDALECTOMIA. NEGATIVA DE COBERTURA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEXISTENTE. COMPROVAÇÃO QUE COMPETE À OPERADORA. ACÓRDÃO DE ACORDO COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA N. 568/STJ. 1. A Corte de origem não emitiu juízo de valor acerca dos arts. 4º da Lei n. 9.961/2000 e 51, IV, e 54, § 3º, do CDC. Logo, não foi cumprido o necessário e indispensável exame da questão pela decisão atacada, apto a viabilizar a pretensão recursal da recorrente. Incidência das Súmulas n. 282 e 356/STF. 2. Mediante análise das provas dos autos, concluiu que a recorrida "efetivamente não exigiu os exames preliminares à adesão do contrato e, ainda, não se pode extrair da conduta do

apelante que tenha agido com má-fé no requerimento em alusão" (fl. 303). Afastar essa conclusão demandaria evidente incursão nas provas dos autos, o que esbarra na Súmula 7/STJ. **3. O acórdão recorrido encontra-se no mesmo sentido da jurisprudência desta Corte ao entender pela ilicitude da recusa de cobertura securitária sob a alegação de doença preexistente no caso em que não houve exigência de exames médicos prévios à contratação.**" Nesse sentido: AgInt no AREsp n. 1.542.090/MS, relatora Ministra Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 6/2/2020, DJe de 11/2/2020. Incidência da Súmula n. 568/STJ. Agravo interno improvido." (AgInt no REsp n. 1.916.030/CE, relator Ministro **HUMBERTO MARTINS**, Terceira Turma, julgado em **19/8/2024**, DJe de 22/8/2024, **destaque não original**)

"AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. CONTRATO DE SEGURO PRESTAMISTA. FALECIMENTO DA SEGURADA. DOENÇA PREEXISTENTE. AUSÊNCIA DE MÁ-FÉ. NECESSIDADE DE SUA DEMONSTRAÇÃO. SIMPLES CONHECIMENTO PRÉVIO DA SEGURADA DE QUE TINHA DOENÇA ANTERIOR À ASSINATURA DO CONTRATO NÃO FAZ PRESUMIR MÁ-FÉ. OMISSÃO DA SEGURADORA EM EXIGIR DECLARAÇÃO DA SEGURADA E APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS E/OU LAUDOS MÉDICOS. NEGATIVA EM IMPLEMENTAR A COBERTURA. DESCABIMENTO. COMPORTAMENTO DA SEGURADORA ATENTATÓRIO À BOA-FÉ OBJETIVA. ATITUDE CONTRADITÓRIA. VENIRE CONTRA FACTUM PROPRIUM. AGRAVO PROVIDO PARA DAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL DA PARTE ORA AGRAVANTE. 1. Se a seguradora, no momento da assinatura do contrato de seguro prestamista, não exigiu que a segurada firmasse declaração sobre seu estado de saúde pretérito, tampouco que apresentasse documentos e/ou laudos médicos, não pode negar a cobertura securitária levando em conta, simploriamente, que teria a segurada conhecimento de diagnóstico de doença preexistente à contratação, pois a má-fé não se presume, deve ser demonstrada, o que não ocorre na espécie. 2. A seguradora, ao não fazer nenhuma exigência para a realização do contrato, recebendo as suas parcelas até o momento da morte da segurada, adotou comportamento contraditório, que atenta contra a boa-fé objetiva (venire contra factum proprium), quando nega a cobertura securitária. 3. Agravo provido para dar provimento ao recurso especial do Espólio." (AgInt no AREsp n. 2.241.818/SP, relator **Ministro Raul Araújo**, Quarta Turma, julgado em 14/8/2023, DJe de 18/8/2023, **destaque não original**)

Em sentido semelhante também já se manifestou esta **Terceira Câmara de Direito Privado**:

"Ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos morais. Plano de saúde. Tratamento oncológico. Autora diagnosticada com "Neoplasia maligna de cólon". Recomendado o

tratamento quimioterápico. **Negativa sob o fundamento de cobertura parcial temporária, ante a alegada doença preexistente. Negativa considerada abusiva, por não exigência de realização de exames prévios. Súmula 105 deste Tribunal. Não demonstrada má-fé da Autora, nas informações prestadas quando da contratação.** Laudo pericial conclusivo a respeito. Justificativa para a negativa de cobertura que não pode ser acolhida. Aplicação do Código de Defesa do Consumidor. Corretamente determinado o pagamento das despesas médico-hospitalares comprovadas, despesas essas realizadas após iniciada a vigência da obrigação de cobertura pela Ré. Dano moral configurado. Dever de indenizar caracterizado. Valor bem arbitrado em R\$ 10.000,00, que se mostra adequado à hipótese em análise. Sentença de procedência mantida. Honorários sucumbenciais majorados para 20% do valor da condenação (art. 85, § 11, do CPC). Recurso não provido.” (TJSP; Apelação Cível 1018282-32.2023.8.26.0562; Relator (a): **JOÃO PAZINE NETO**; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro de Santos - 11ª Vara Cível; Data do Julgamento: 07/10/2024; Data de Registro: 07/10/2024, **destaque não original**)

Em posicionamento análogo também é o parecer da douta **Procuradoria de Justiça Cível**:

“7. Por outro lado, diante da emergência/urgência da apelada (diagnosticada com linfoma de Hodgkin e herpes zoster), atestada pelos documentos médicos acostados aos autos, incabível o almejado cumprimento de prazo carência contratual pretendido pela apelante, visto que em tais situações é aplicável o prazo máximo de 24 horas, previsto no artigo 12, inciso V, alínea “c”, da Lei n.º 9.656/98.

8. Ademais, apesar das insinuações sobre a celeridade e eficiência da rede pública no diagnóstico da grave doença da paciente, bem como as ilações sobre os supostos indícios de omissão da doença pré-existente, fato é que a apelante nada comprovou neste sentido. Não houve demonstração da existência de má-fé pela apelada, e a Unimed aceitou a contratação sem exigência de exames ou procedimento prévios. Portanto, não resta dúvida da obrigatoriedade de cobertura, nos termos Súmula 609 do STJ.

9. Diante da dolosa omissão irregular da Unimed no cumprimento dos termos contratados e da ordem judicial exarada, a condenação era medida de rigor. Conclui-se, assim, que agiu corretamente o D. Juízo de Primeiro Grau, alcançando a melhor solução diante dos fatos e provas dos autos, devendo ser mantida pelos próprios fundamentos a r. sentença.”

Em conclusão, a r. sentença é preservada.

Os honorários advocatícios por ela arbitrados são majorados para R\$ 4.500,00, por apreciação equitativa, na forma do art. 85, §8º e 11 do CPC.

Por derradeiro, para evitar a costumeira oposição de embargos declaratórios voltados ao prequestionamento, tenho por ventilados, neste grau de jurisdição, todos os dispositivos legais citados no recurso interposto. Vale lembrar que a função do julgador é decidir a lide e apontar, direta e objetivamente, os fundamentos que, para tal, lhe foram suficientes, não havendo necessidade de apreciar todos os argumentos deduzidos pelas partes, um a um. Sobre o tema, confira-se a jurisprudência (STJ, EDcl no REsp nº 497.941/RS, Rel. Min. **Franciulli Netto**, publicado em 05/05/2004; STJ, EDcl no AgRg no Ag nº 522.074/RJ, Rel. Min. **Denise Arruda**, publicado em 25/10/2004).

Ante o exposto, **NEGA-SE PROVIMENTO AO RECURSO.**

VIVIANI NICOLAU

Relator