



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000287364

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1014589-34.2023.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, são apelados FARAH'S DESENHO LTDA -ME, VIVIANE PERLATI (REPRESENTANDO MENOR(ES)), WILLIAM FARAH DA COSTA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e DANTE PERLATI FARAH (REPRESENTADO(A) POR SEUS PAIS).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª 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 ALVARO PASSOS (Presidente) E JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS.

São Paulo, 26 de março de 2025.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES

relator

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1014589-34.2023.8.26.0564

Apelante: Central Nacional Unimed – Cooperativa Central

Apelados: Farah's Desenhos Ltda., William Farah da Costa, Viviane Perlati e Dante Perlati Farah

Comarca: São Bernardo do Campo

MM. Juiz de 1ª instância: Rhanna Procópio Pacheco de Souza

VOTO Nº 52756

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. RECURSO DESPROVIDO.

I. Caso em Exame

1. Recurso de apelação cível interposto pela ré contra sentença que julgou procedente a ação de obrigação de fazer, condenando a ré a manter o plano de saúde da empresa Farah Desenhos Ltda. e ao pagamento de indenização por danos morais à autora Viviane Perlati no valor de R\$ 10.000,00.

II. Questão em Discussão

2. A questão em discussão consiste em avaliar a possibilidade de cancelamento unilateral de plano de saúde empresarial e a aplicação do Código de Defesa do Consumidor, além da existência de ato ilícito ensejador de indenização por danos morais.

III. Razões de Decidir

3. A rescisão unilateral do plano de saúde, em contexto de "falso coletivo", viola o dever de lealdade contratual e a

boa-fé objetiva. 4. A indenização por danos morais é devida diante do cancelamento ilegal do plano durante tratamento de saúde custoso, configurando abuso de direito.

IV. Dispositivo e Tese

5. Recurso desprovido.

6. Tese de julgamento: 1. A rescisão unilateral de plano de saúde em "falso coletivo" viola a boa-fé objetiva. 2. A indenização por danos morais é devida em caso de cancelamento ilegal durante tratamento de saúde.

Legislação Citada:

Código de Defesa do Consumidor; Lei 9.656/98; Código de Processo Civil, art. 85, § 11.

Jurisprudência Citada:

STJ, REsp 1701600/SP, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 06/03/2018, DJe 09/03/2018.

STJ, AgRg no AREsp 46590/SP, 3ª Turma, Rel. Min. Sidnei Benetti, j. 18.10.2011.

STJ, REsp 1190880/RS, 3ª Turma, Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 19.5.2011.

RELATÓRIO.

1. Trata-se de recurso de apelação cível interposto pela ré às fls. 584/597 contra a r. sentença de fls. 578 e seguintes, cujo relatório se adota, que julgou procedente a ação de obrigação de fazer para condenar a ré a manter o plano de saúde da empresa demandante, Farah Desenhos Ltda. e condená-la ao pagamento de indenização

por danos morais em favor da autora Viviane Perlati no montante de R\$ 10.000,00.

2. Irresignada, insurge-se a apelante, alegando, em síntese, que a aplicação do Código de Defesa do Consumidor é subsidiária à Lei 9.656/98, devendo ser respeitada a especificidade da legislação de regência dos planos de saúde. Sustenta a possibilidade de cancelamento unilateral de plano de saúde empresarial, não se aplicando as disposições atinentes a planos de saúde individual ou familiar, apontando que o cancelamento se deu para manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Aponta, por fim, a ausência de ato ilícito ensejador da condenação ao pagamento de indenização por danos morais.

3. Contrarrazões apresentadas às fls. 622/636.

4. Parecer da D. Procuradoria Geral de Justiça opinando pelo parcial provimento do recurso às fls. 649/650.

FUNDAMENTOS.

5. O recurso não merece provimento.

6. Os contratos de plano de saúde geram no consumidor não apenas uma expectativa de continuidade da relação, como também uma verdadeira dependência, já que quanto maior o decurso do tempo, maior a idade do segurado e menores as chances de vir a contratar outro plano em condições equiparadas.

7. Assim, os princípios da função social do contrato e da boa-fé, em conjunto às normas consumeristas já permitem chegar à resolução da questão. Se o contrato visa a preservação da vida e da saúde através da prestação de assistência e se tem características comuns com o seguro, consubstanciadas nos cálculos atuariais que relacionam o pagamento de prêmios com o índice de sinistros, não é de se esperar que um segurado, quer na posição de contratante, quer na posição de beneficiário, seja simplesmente excluído do grupo por estar em tratamento custoso para doença grave que a acomete (na qual se presume uma sinistralidade mais alta, obstando-a de nova contratação sem a necessidade do cumprimento de novos prazos de carência, além de implicar na mudança de profissionais que já conhecem seu quadro de saúde) para que procure à própria sorte um novo plano de saúde. Há nessa conduta uma patente violação ao dever de lealdade na execução do contrato, mormente porque a exclusão não se deu por qualquer conduta imputável ao beneficiário.

8. Ainda que assim não o fosse, importante ressaltar que o plano de saúde *sub judice* não é coletivo empresarial, mas sim, um “falso coletivo” contratado em favor de três vidas, o titular, sua esposa e o filho menor do casal. Nesse sentido, em julgamento desta C. 2ª Câmara de Direito Privado, no qual prevaleceu o voto do D. Desembargador José Joaquim dos Santos, restou consignado que:

“Com efeito, colhe-se do processado que a apelante, uma modesta empresa de contabilidade, por mais de 20 anos mantém plano de saúde com a apelada. São cinco pessoas, dois sócios, presumidamente marido e mulher, mais três empregados. Todos eles contam com mais de 60 anos de idade (fls. 108). Como se vê, é uma empresa de pequeno porte, à qual se aplica os efeitos danosos de ser atraída pelos benefícios aparentes do que se denominou contrato 'falso coletivo'. Ao depois, segundo se verifica das razões de apelação, todos os beneficiários já alcançaram a aposentadoria, de sorte que, mesmo afastada a tese do 'falso coletivo', teriam o direito de continuidade no plano, nos termos do artigo 31 da Lei nº 9656/98. A propósito do 'falso coletivo', confira-se elucidativo acórdão de relatoria do eminente desembargados FRANCISCO LOREIRO que, no substancial, traz o seguinte: 'EMENTA: PLANO DE SAÚDE. Ação cominatória. Resilição unilateral de plano coletivo em decorrência do aumento da sinistralidade – Celebração de plano coletivo com microempresa tendo como beneficiários apenas integrantes do mesmo grupo familiar. Causa do contrato a indicar plano familiar, independentemente do rótulo que se dê a ele. Relevância da causa qualificar o negócio e definir seu regime mais favorável à operadora, mediante contratação com microempresa. Não aplicação da Resolução do CONSU, que se refere a planos coletivos. Ação procedente. Recurso improvido (Apelação Cível nº 0040828-21.2012.8.26.0001, j. 08-09-2015) (Apelação Cível nº 1012168-18.2017.8.26.0100, de 30 de janeiro de 2018)

9. O Superior Tribunal de Justiça, inclusive, ao analisar o tema, se posicionou no sentido de que contratos como o ora analisado são

coletivos atípicos, em razão do diminuto grupo segurado, aplicando-se ao caso o Código de Defesa do Consumidor e o tratamento dispensado aos planos individuais/familiares. Senão vejamos:

“DIREITO PRIVADO. RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C COMPENSAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANOS DE SAÚDE. REGIME DE CONTRATAÇÃO. COLETIVO. POPULAÇÃO VINCULADA À PESSOA JURÍDICA. EMPRESÁRIO INDIVIDUAL. DOIS BENEFICIÁRIOS. RESCISÃO UNILATERAL E IMOTIVADA. DIRIGISMO CONTRATUAL. CONFRONTO ENTRE PROBLEMAS. ANALOGIA. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. SIMILITUDE FÁTICA. AUSÊNCIA. HONORÁRIOS DE SUCUMBÊNCIA RECURSAL. MAJORAÇÃO. 1. Ação ajuizada em 22/05/15. Recurso especial interposto em 29/07/16 e autos conclusos ao gabinete da Relatora em 04/10/17. Julgamento: CPC/15. 2. O propósito recursal é definir se é válida a rescisão unilateral imotivada de plano de saúde coletivo empresarial por parte da operadora de plano de saúde em face de microempresa com apenas dois beneficiários. 3. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Resolução Normativa 195/09, definiu que: i) o plano de saúde individual ou familiar é aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar; ii) o plano coletivo empresarial é delimitado à população vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária; e iii) o plano coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial. 4. A contratação por uma microempresa de

plano de saúde em favor de dois únicos beneficiários não atinge o escopo da norma que regula os contratos coletivos, justamente por faltar o elemento essencial de uma população de beneficiários. 5. Não se verifica a violação do art. 13, parágrafo único, II, da Lei 9.656/98 pelo Tribunal de origem, pois a hipótese sob exame revela um atípico contrato coletivo que, em verdade, reclama o excepcional tratamento como individual/familiar. 6. Recurso especial conhecido e não provido, com majoração de honorários recursais." (REsp 1701600/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 06/03/2018, DJe 09/03/2018).

10. A polêmica em torno dos contratos tidos como "falso coletivo" foi brilhantemente retratada pelo i. jurista, Gustavo Kloh, em artigo publicado pela Revista Consultor Jurídico (Conjur), em 10 de novembro de 2022, sob o título "O plano de saúde coletivo de microgrupos: admissão da figura jurídica",¹ *in verbis*:

"No sistema atual, regido pela Lei 9.656/98, os planos de saúde se apresentam como divididos em dois grandes modelos de contratação. O artigo 16, VII, é claro ao afirmar que os planos podem ter dois "regimes" distintos, individual ou coletivo, e o coletivo dividido em duas modalidades, por adesão ou empresarial. Os planos individuais se caracterizam por uma rígida proteção do usuário, que não pode ser submetido a reajustes superiores aos autorizados pela ANS, nem sofrer rescisão unilateral. Não dependem da formação de um grupo, de uma coletividade, podendo ser contratados sem a

¹ Disponível em: < <https://www.conjur.com.br/2022-nov-10/seguros-contemporaneos-plano-saude-coletivo-microgrupos-ou-falso-coletivo> > Último acesso em 20.04.23.

adição de outros usuários.

Os planos individuais, imaginou o legislador, seriam o padrão de contratação mais usual, sendo os planos coletivos reservados para situações nas quais houvesse a busca por vantagens negociais efetivas, que decorressem de um grupo associativo real ou ainda de um grupo de pessoas ligadas a uma empresa. O que não foi possível prever foi a progressiva "coletivização" dos planos de saúde, oriunda de alguns fatores, destacados por Joana Cruz:

"As operadoras possuem maior liberdade para reajustar os valores dos planos, uma vez que os reajustes em contratos coletivos não são regulados pela ANS e independem de autorização prévia da Agência (ao contrário do que ocorre no caso dos planos individuais/familiares); Como a legislação não proíbe expressamente a rescisão unilateral pelas operadoras nos contratos coletivos, toda vez que estes não se apresentem mais vantajosos aos interesses econômico-financeiros daquelas, o consumidor encontra-se impossibilitado de obter acesso à assistência à saúde contratada" [\[1\]](#).

Em contrapartida, a relação cobertura/ prestação mensal é otimizada por estes fatores, resultando em valores substancialmente mais aceitáveis, que fazem frente a uma cobertura mais ampliada. Existe mesmo um certo desinteresse de algumas operadoras (mas não de todas) em comercializar planos individuais, face à maior flexibilidade negocial e menor carga de direitos mínimos obrigatórios incidentes nos planos coletivos [\[2\]](#). O surgimento das administradoras também acelerou este processo [\[3\]](#).

Ocorre que essa divisão estanque começou há cerca de cinco anos a ser desconstruída, diante da admissão, por órgãos reguladores [\[4\]](#), estudiosos, e pelos julgados dos tribunais, da aplicação de proteções típicas dos planos individuais a determinados pequenos grupos (que denominaremos de microgrupos). Este fenômeno adiciona mais uma camada à análise: em vez de se falar apenas em coletivização, já se admite uma "falsa coletivização", ou seja, que em alguns casos não estão presentes "verdadeiras" características grupais, devendo ser expandidas tutelas para grupos que podem ser tão pequenos quanto apenas duas pessoas. Mas seria teoricamente esta construção aceitável, e se for, será desejável?

[...]

Existe suporte teórico para que um contrato, conquanto nominalmente direcionado a um regime, seja associado a outro, em virtude da identificação de elementos que assim o justifiquem. Trata-se da aplicação da teoria da qualificação dos contratos, tratada com profundidade em Portugal [\[5\]](#) e bem debatida já por autores brasileiros [\[6\]](#). Esta teoria justifica a legitimidade conceitual para, dentre outras considerações, combinar ou desviar efeitos de diferentes contratos. Além disso, com seu amparo é possível reconhecer a formação de um "tipo" social, não previsto em lei, mas oriundo do comportamento reiterado de partes, que, em um primado da boa-fé objetiva, comportam-se como se contratos de uma dada característica fossem do mesmo tipo [\[7\]](#). As condutas esperadas e previsíveis passam a ser de certo modo obrigatórias, e um novo tipo de contrato é reconhecido.

É exatamente isso que fazem os tribunais nacionais ao reconhecer esse novo "tipo" — realidade jurídica autonomizada, associável a um regime jurídico, com contornos próprios — que é por eles denominado "plano de saúde falso coletivo". Particularmente, não pensamos que esse seja o melhor nome, visto insinuar uma tentativa de burla ou simulação. Na verdade, a possibilidade de busca de um negócio interessante para ambas as partes o fomenta. Preferiríamos o nome microgrupo ou coletivo de pequenos grupos, porque é este dado objetivo, e não propriamente uma falsidade, que individualiza e caracteriza essa situação contratual. É esse o elemento definidor.

[...]

A admissão de um tipo contratual próprio, com regime distinto, deve ser cotejada com as disposições da Lei de Liberdade Econômica, nas alterações por ela trazidas ao artigo 421 do Código Civil, em especial quando o microgrupo está associado a uma empresa (contratos coletivos empresariais). Neste caso, vale a crítica de que este contrato deve ser entendido *a priori* como paritário (Código Civil, art. 421-A), e que a alocação inicial de riscos deve ser respeitada.

O surgimento dos microgrupos é resposta econômica válida do ponto de vista da formação de preço. Admitir que existe liberdade negocial de entrada (para formar tais grupos e contratar serviços e preços competitivos) mas não liberdade de saída (no momento da crise contratual) seria dar tratamento diverso, em momentos diversos, aos mesmos contratantes. Tal atitude não seria paritária. Como efeito econômico, haveria desestímulo para a contratação com microgrupos (como ocorreu nos

contratos individuais), ou ainda impacto severo nos preços. Neste particular, proteger desmesuradamente os microgrupos pode semear a extinção desta forma de contratar.

Ademais, a ausência de regulação dos planos coletivos, existindo autoridade que poderia fazê-lo, apenas sinaliza para o espaço da liberdade contratual, que é regra e não exceção. As alterações no art. 421 do Código Civil reforçam tal leitura, sendo certo que o Código Civil foi alterado, mas a Lei 9.565/98 segue amparando a liberdade para contratar planos coletivos. Devemos estar vigilantes para os próximos desdobramentos, nunca descuidando do frágil equilíbrio no qual se ampara este mercado."

11. As críticas apontadas pelo Dr. Gustavo Kloh são pertinentes e devem ser sopesadas seja pelos magistrados integrantes em primeira e segunda instâncias deste E. Tribunal de Justiça, seja por outros tribunais estaduais, seja por Cortes superiores, sobretudo quando se antevê a possibilidade histórica factível de desestímulo para a contratação com microgrupos (como ocorreu nos contratos individuais) decorrente da própria lógica do mercado capitalista.

12. Nada obstante, voltando ao caso dos autos, é preciso igualmente que a ré, assim como as demais empresas do ramo, atentem ao fato de que não há como pretender colocar na mesma posição TODOS os contratantes de planos coletivos empresariais conquanto, consoante retratado pela jurisprudência da Corte

Superior e pelas críticas deduzidas no texto supramencionado, a “falsa coletivização” é um fenômeno que requer um olhar diferenciado por parte do Poder Judiciário, assim como da própria sociedade civil em termos de mobilização, a fim de que haja um debate sério e aprofundado, inclusive acerca do que se entende razoável para a hipótese de rescisão unilateral.

13. Após refletir sobre o entrave, e, a despeito do quanto pretende a ré, no sentido de que seja reconhecida a possibilidade de rescisão unilateral imotivada, até que haja o debate técnico que a medida requer pelos integrantes da Agência Nacional de Saúde com a possibilidade de criação de regramento próprio para casos análogos à espécie, não há como o Poder Judiciário decidir de maneira diversa do quanto concluiu o MM. Juízo *a quo*, porquanto a autora Farah's, muito embora seja uma sociedade empresária, está vulnerável diante da possibilidade contratual de rescisão unilateral imotivada, ao passo que, de uma hora para outra, todos os 3 (três) beneficiários do plano de saúde (titular e seus dependentes) ficariam completamente desprotegidos, necessitando contratar outro seguro de imediato, sem qualquer segurança de a nova contratada irá prestar serviço compatível e com custos próximos aos do que já estavam incorporados no orçamento familiar.

14. Não há como pretender colocar em pé de igualdade em

termos negociais um empresário individual e uma empresa maior que visa contratar plano de saúde para mais de 30 (trinta) segurados, certamente o poder de barganha do primeiro é inferior ao da segunda.

15. Em situações como a retratada no item anterior é preciso aplicar o princípio constitucional da igualdade – comumente atrelado à expressão aristotélica “*devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade*” – pressupõe que as pessoas colocadas em situações diferentes sejam tratadas de forma desigual.

16. Ademais, o C. STJ firmou recente entendimento na tese vinculante nº 1082 no sentido de que *A operadora, mesmo após o exercício regular do direito à rescisão unilateral de plano coletivo, deverá assegurar a continuidade dos cuidados assistenciais prescritos a usuário internado ou em pleno tratamento médico garantidor de sua sobrevivência ou de sua incolumidade física, até a efetiva alta, desde que o titular arque integralmente com a contraprestação devida.*

17. Nesse sentido, importante salientar que a beneficiária Viviane está passando por custoso e longo tratamento de saúde, o que certamente motivou a pretendida rescisão contratual, o que não deve prevalecer, por qualquer ângulo que se analise.

18. E, diante das peculiaridades do caso *sub judice*, não obstante o presente caso não se coadune perfeitamente com a tese supramencionada, não se pode perder de vista que a interrupção do tratamento da beneficiária e a provável obrigatoriedade de cumprimento de novos prazos de carência certamente culminará em prejuízo irreversível à sua saúde, equivalente ao quanto disposto no Tema 1082 do C. STJ.

19. No que se refere à indenização por danos morais, consigno que, embora em princípio a mera discussão sobre a cobertura ou não do contrato não seja suficiente para caracterizar a obrigação de indenizar o segurado por danos morais, esse dever pode surgir em momentos que se configure o abuso de direito, caracterizando o pressuposto de ilicitude ensejador da reparação civil aquiliana, a exemplo de casos em que o contrato prevê a cobertura, mas ela é negada administrativamente, ou quando o contrato colide frontalmente com texto legal.

20. Confira-se precedentes do STJ:

AGRAVOS REGIMENTAIS. PLANO DE SAÚDE. ILEGALIDADE DA NEGATIVA DE COBERTURA A TRATAMENTO DE URGÊNCIA. DANO MORAL CONFIGURADO. MAJORAÇÃO DO VALOR DA CONDENAÇÃO E DA VERBA HONORÁRIA. DESCABIMENTO.

1.- É pacífica a jurisprudência da Segunda Seção no sentido de reconhecer a existência do dano moral nas

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

hipóteses de recusa pela operadora de plano de saúde, em autorizar tratamento a que estivesse legal ou contratualmente obrigada, sem que, para tanto, seja necessário o reexame de provas.

2.- A fixação dos danos morais no patamar de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), e honorários advocatícios de R\$ 1.000,00 (um mil reais), cumprem, no presente caso, a função pedagógico- punitiva de desestimular o ofensor a repetir a falta, sem constituir, de outro lado, enriquecimento indevido.

3.- Agravos Regimentais improvidos.

(STJ, AgRg no AREsp 46590/SP, 3ª Turma, Rel. Min. Sidnei Benetti, j. 18.10.2011)

CIVIL. RECURSO ESPECIAL. INDENIZAÇÃO. DANO MORAL. NEGATIVA INJUSTA DE COBERTURA SECURITÁRIA MÉDICA. CABIMENTO.

1. Afigura-se a ocorrência de dano moral na hipótese de a parte, já internada e prestes a ser operada - naturalmente abalada pela notícia de que estava acometida de câncer -, ser surpreendida pela notícia de que a prótese a ser utilizada na cirurgia não seria custeada pelo plano de saúde no qual depositava confiança há quase 20 anos, sendo obrigada a emitir cheque desprovido de fundos para garantir a realização da intervenção médica. A toda a carga emocional que antecede uma operação somou-se a angústia decorrente não apenas da incerteza quanto à própria realização da cirurgia, mas também acerca dos seus desdobramentos, em especial a alta hospitalar, sua recuperação e a continuidade do tratamento, tudo em virtude de uma negativa de cobertura que, ao final, se

demonstrou injustificada, ilegal e abusiva.

2. Conquanto geralmente nos contratos o mero inadimplemento não seja causa para ocorrência de danos morais, a jurisprudência do STJ vem reconhecendo o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da injusta recusa de cobertura securitária médica, na medida em que a conduta agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, o qual, ao pedir a autorização da seguradora, já se encontra em condição de dor, de abalo psicológico e com a saúde debilitada.

3. Recurso especial provido.

(STJ, REsp 1190880/RS, 3ª Turma, Rel. Min. Nancy Andrighi, j. 19.5.2011) **(grifei)**.

21. No presente caso, não merece acolhimento a tese da apelante, porquanto o ato ilícito da ré restou incontroverso diante do cancelamento ilegal perpetrado quando estava a segurada em tratamento de saúde custoso e complexo, necessitando se submeter a sucessivos exames e procedimentos, cujo valor, bem fixado pelo i. magistrado singular, em consonância com os princípios da proporcionalidade e razoabilidade, deve ser mantido tal qual lançado, não comportando a pretendida redução.

22. Destarte, em virtude do desacolhimento das razões recursais apresentadas pela ré, majoro a verba honorária recursal para 20% sobre o valor atualizado da condenação, nos termos do artigo 85, §11 do CPC.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

23. Por derradeiro, dou por prequestionados todos os dispositivos legais mencionados pela apelante e, tendo sido devidamente motivado o entendimento esposado por esta C. 2ª Câmara de Direito Privado, eventual acesso às vias especial e extraordinária não restará prejudicado.

24. Diante do exposto, pelo meu voto, NEGO PROVIMENTO ao recurso, nos termos da fundamentação supra.

JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES
RELATOR