



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000387868

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1010118-34.2023.8.26.0609, da Comarca de Taboão da Serra, em que é apelante/apelado UNIMED SEGUROS SAÚDE S/A, é apelado/apelante OSAMU NEGIHORA.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **estendido o julgamento, por maioria de votos negar provimento ao recurso da operadora e dar provimento parcial ao recurso do autor, declarando voto o segundo juiz**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores ALVARO PASSOS (Presidente sem voto), GIFFONI FERREIRA, CORRÊA PATIÑO, HERTHA HELENA DE OLIVEIRA E JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES.

São Paulo, 23 de abril de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Apelação Cível nº 1010118-34.2023.8.26.0609

Apelantes: Unimed Seguros S/A; Osamu Negihora

Apelados: os mesmos

Comarca: Taboão da Serra - 2ª Vara Cível

Magistrado de origem: Rafael Rauch

Voto nº 12206

EMENTA: DIREITO DO CONSUMIDOR. APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. INEXIGIBILIDADE DE DÉBITO. DANOS MORAIS. **RECURSO DA OPERADORA DESPROVIDO; RECURSO DO AUTOR PARCIALMENTE PROVIDO.**

I. CASO EM EXAME

1. Apelos interpostos contra sentença que declarou a inexigibilidade de débito de R\$ 138.733,67 (cento e trinta e oito mil, setecentos e trinta e três reais e sessenta e sete centavos). A operadora alega ausência de responsabilidade de custeio do tratamento por desacordo com diretrizes da ANS. O autor busca reforma da sentença para inclusão de danos morais.

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em: (i) a responsabilidade do plano de saúde em custear tratamento prescrito fora das diretrizes da ANS; (ii) a possibilidade de indenização por danos morais devido à negativa de cobertura.

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. O Código de Defesa do Consumidor assegura ao usuário de plano de saúde o direito ao tratamento necessário, vedando exclusão de cobertura essencial à saúde (art. 51, §1º, I e II, CDC).

4. A negativa de cobertura pela operadora é abusiva, especialmente em casos de emergência, conforme art. 35-C, inciso I, da Lei n. 9.656/98. A recusa de cobertura impõe sofrimento ao paciente, justificando indenização por danos morais.

IV. DISPOSITIVO E TESE

5. Recurso da operadora desprovido; recurso do autor parcialmente provido, fixando indenização por danos morais em R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

Tese de julgamento: "1. A operadora deve custear tratamento prescrito por médico assistente, mesmo fora do rol da ANS, quando comprovada a eficácia e necessidade. 2. A negativa de cobertura em emergências é abusiva e gera direito à indenização por danos morais."

Legislação citada: CDC, art. 51, §1º, I e II; Lei nº 9.656/98, arts. 10, 12, 35-C; CC, arts. 186, 187, 421, 944, 945; CF, art. 5º, V e X.

Jurisprudência citada: REsp: 1961897/SP, Rel. Min. ANTONIO CARLOS FERREIRA, DJe 14/02/2023; AgInt no REsp 1919906, Min. MOURA RIBEIRO, DJ 15.4.2021; AgInt no REsp 1902656/SP, Rel. Min. NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, DJe 14/05/2021; TJSP, Apelação Cível 1005246-77.2020.8.26.0577, Rel. Alvaro Passos, 2ª Câmara de Direito Privado, Foro de São José dos Campos - 1ª Vara Cível, j. 03/09/2024, reg. 04/09/2024; STJ, AgInt no AREsp: 1481080 DF 2019/0095397-7, Rel. Min. MARCO BUZZI, T4 - QUARTA TURMA, j. 30/09/2019, DJe 07/10/2019.

1. Trata-se de apelos interpostos contra a r. sentença (fls. 577/581) proferida com o seguinte dispositivo:

EM RAZÃO DO EXPOSTO, com fundamento no art. 487, I, do CPC, resolvo o mérito e, pondo fim à fase cognitiva desta demanda, julgo parcialmente procedente a pretensão veiculada apenas para declarar a inexigibilidade do débito noticiado na inicial (conta de f. 256, no valor de R\$ 138.733,67). Fica confirmada a tutela de urgência concedida em agravo de instrumento (f. 567-576). Sendo parcial a sucumbência, ficam assim distribuídos os respectivos encargos: (i) o requerente deve arcar com 50% das custas e despesas processuais, e as requeridas, com o restante, na proporção de 25% para cada uma; (ii) a parte autora deve pagar honorários advocatícios, devidos aos patronos das rés, em proporção, fixados esses em 10% sobre o valor do decaimento (pretensão indenizatória), nos termos do art. 85, §§ 2.º e 6.º, do CPC, tendo em vista, notadamente, a baixa complexidade da

demanda e a ausência de dilação probatória. Esse valor deve ser corrigido monetariamente, de acordo com a tabela prática do TJSP, desde a propositura da demanda, e acrescido de juros de mora simples de 1% ao mês, contados do trânsito em julgado; e (iii) as requeridas devem pagar honorários advocatícios, devidos ao patrono da parte adversa (autor), fixados esses em 10% sobre o valor do débito declarado inexigível, nos termos do art. 85, § 2.º, do CPC, tendo em vista, notadamente, a baixa complexidade da demanda e a ausência de dilação probatória. Esse valor deve ser corrigido monetariamente, de acordo com a tabela prática do TJSP, desde a data da cobrança (24.08.2023 f. 256), e acrescido de juros de mora simples de 1% ao mês, contados do trânsito em julgado.

A operadora em suas razões **(fls. 596/610)** alega, em suma, que: **(I)** que seja reconhecida a ausência de responsabilidade de custeio do tratamento, por estar ele em desacordo com as diretrizes de utilização da ANS; **(II)** taxatividade da ANS. Contrarrazões **(fls. 645/650)**.

O apelante Osamu Negihora recorre **(fls. 617/622)** para que seja reformada a sentença, julgando procedente o pedido de danos morais. Contrarrazões **(fls. 635/644)**.

É o relatório.

2. O recurso da operadora não comporta provimento; o recurso do autor comporta parcial provimento.

A relação jurídica dos autos envolve a aplicação do Código de Defesa do Consumidor (Súmula 608/STJ). O usuário de plano de saúde tem o direito de realizar o tratamento necessário, sob pena de desnaturar o objetivo do contrato de saúde, violando os princípios da boa-fé objetiva e da função social os quais norteiam as relações contratuais. Sua natureza veda a exclusão da cobertura da terapia prescrita, porquanto essencial à saúde (art. 51, §1º, I e II, CDC).

Sendo assim, cabe ao médico, e não ao plano de saúde, escolher o melhor tratamento ao paciente, sendo que diante de sua expressa indicação, a exclusão de cobertura e limitação de sessões se revelam abusivas, por contrariar o próprio objeto do contrato, (artigo 51, IV, CDC).

Inequívoca, portanto, a imprescindibilidade da técnica prescrita que justifica o fornecimento e custeio pela operadora, conforme prescrição médica. Além do que, se a patologia detém cobertura obrigatória, da mesma forma e pelos mesmos motivos, não há se falar em exclusão do custeio dos materiais e insumos imprescindíveis ao tratamento. A obrigação de arcar com os custos das despesas relacionadas exsurge da simples leitura dos artigos 10 e 12, da Lei nº 9.656/98 os quais dispõem sobre as exigências mínimas do plano referência de assistência à saúde, compreendida a cobertura do tratamento solicitado pelo médico assistente (REsp: 1961897/SP Relator: Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, DJe de 14/02/2023).

Ademais, a indicação do material pelo profissional é resultado de uma análise minuciosa de conhecimento do problema do paciente, a qualidade do produto e o benefício que será proporcionado ao segurado, não cabendo, assim, à operadora do plano de saúde recusar ou ditar quais deverão ser usados, com a finalidade de baratear o procedimento. Qualquer previsão contratual nesse sentido é considerada abusiva e, portanto, nula de pleno direito (art. 51, §1º, I e II, CDC) por ofender direito básico do consumidor. Nesse sentido: AgInt no REsp 1919906, Ministro MOURA RIBEIRO. DJ de 15.4.2021; AgInt no REsp 1902656/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 11/05/2021, DJe 14/05/2021.

Em adição a isso, a Lei nº 14.454/22 alterou o §4º do art. 10 da Lei 9.656/98, nos seguintes moldes: “*A amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, inclusive de transplantes e de procedimentos de alta*

complexidade, será estabelecida em norma editada pela ANS, que publicará rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado a cada incorporação” e acrescentou os parágrafos 12 e 13:

§ 12. O rol de procedimentos e eventos em saúde suplementar, atualizado pela ANS a cada nova incorporação, constitui a referência básica para os planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e para os contratos adaptados a esta Lei e fixa as diretrizes de atenção à saúde.

§ 13. Em caso de tratamento ou procedimento prescrito por médico ou odontólogo assistente que não estejam previstos no rol referido no § 12 deste artigo, a cobertura deverá ser autorizada pela operadora de planos de assistência à saúde, desde que:

I - exista comprovação da eficácia, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico;

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 01 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.

É dizer, o legislador atento às demandas e questionamentos propalados desde a vigência da Lei 14.307/22, tratou de corrigir entendimentos tendentes ao engessamento das coberturas, sinalizando a necessidade de mitigação do rol da ANS, circunstância há muito tempo observada nesta Corte, pelas já mencionadas Súmulas 96 e 102.

Ademais, a obrigação deriva do objeto precípua do contrato formalizado entre as partes (prestação de serviço de assistência à saúde), cujo fornecimento encontra lastro no princípio da boa-fé contratual, relevando destacar que a patologia possui cobertura contratual. Inconteste, o preenchimento da condição prevista no inciso I supracitado. É o que basta para que incida a obrigatoriedade de cobertura a todo o procedimento médico prescrito.

Portanto, nos moldes do artigo 10, §§ 12 e 13, há justificativa médica para o tratamento prescrito frisando inexistir alternativa dentro do rol de procedimentos da ANS capaz de debelar a doença, evidenciando situação excepcional. Por outro lado, a ré não comprovou que o tratamento indicado poderia ser substituído, com a mesma eficácia, por outro previsto pelo contrato, ou seja, não embasou sua conduta em prova técnica.

Além disso, como bem fundamentado na sentença o tratamento preconizado foi de emergência, nessas circunstâncias, a negativa de cobertura se mostrou abusiva, como dispõe o artigo 35-C, inciso I, da Lei n. 9.656/98, ao impor a obrigatoriedade de cobertura de atendimento nos casos de emergência ou urgência, nos seguintes termos: *“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;”*.

A urgência da situação, evidenciada pela necessidade imediata do tratamento recomendado pelo médico, é clara diante do risco iminente à vida do apelado, que poderia sofrer danos irreparáveis caso a cirurgia proposta não fosse realizada de forma urgente, conforme orientação do profissional de saúde responsável.

Assim, a recusa da apelante em fornecer a cobertura dos

serviços médico-hospitalares é completamente sem fundamento, além de ser abusiva. Essa negativa fere diretamente um direito fundamental, que é inerente à própria natureza do contrato de saúde, comprometendo o equilíbrio da relação contratual e colocando em risco o objetivo essencial do pacto, que é a garantia da saúde e da integridade do paciente. A atitude da apelante não apenas infringe as disposições legais, mas também põe em perigo o bem-estar do apelado, que necessitava de atendimento imediato.

Nesse sentido, com suas devidas particularidades:

JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE – Dilação probatória – Desnecessidade – Cerceamento de defesa – Não ocorrência – Preliminares rejeitadas – Recurso improvido. CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Autor, segurado, idoso, que sentindo fortes dores na perna e na coluna, foi atendido na rede credenciada, com indicação de medicação para dor – Constatação, após realização de exame particular, a pedido de médico não credenciado, de quadro gravíssimo de aneurisma de aorta – Indicação de internação urgente com a realização de cirurgia pelo método fechado "reparo endovascular" – Negativa de autorização – Inadmissibilidade – Inclusão, na apólice, de tratamento para a moléstia, devendo toda e qualquer medida tendente a minimizá-la ou eliminá-la ser coberta, não cabendo à seguradora estabelecer a terapia, o material ou a medicação a ser prescrita, mas ao médico que assiste o paciente, por ser o profissional habilitado para tanto Súmula nº 102 desta Corte – Rol da ANS – Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, com base nos EREsp 1.886.929/SP e o EREsp 1.889.704/SP (DJe 3/8/2022) – Lei nº 14.454/2022 – Impugnação ao laudo pericial – Preclusão temporal – Ocorrência – Danos materiais – Condenação ao pagamento dos valores da conta hospitalar e

honorários médicos – Cabimento – Decisão mantida – Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1005246-77.2020.8.26.0577; Relator (a): Alvaro Passos; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José dos Campos - 1ª Vara Cível; Data do Julgamento: 03/09/2024; Data de Registro: 04/09/2024)

Quanto aos danos morais, respeitado o entendimento do Magistrado, era caso de deferimento dos danos morais. Considerando o que já foi exposto, a cobertura pretendida pelo autor era devida pela requerida, de modo que o dano moral, na hipótese vertente, é *in re ipsa*, ponderando-se que a negativa de cobertura ora debatida não retrata simples descumprimento contratual, mas sim, circunstância que impôs angústia e aflição, ampliando o sofrimento do paciente.

A operadora possui até liberdade para discordar, contestar e recusar cobertura, caso faça isso nos limites contratuais. Porém e quando a recusa é contrária ao direito, eliminando a função social do contrato (art. 421 do CC), constitui abuso digno de ser reprimido pela compensação do dano moral (arts. 186 e 187 do CC e 5º, V e X, da CF). No conceito de ilicitude e nessa temática, a ignorância ou absurda resistência a jurisprudência consolidada, constitui abuso e arbitrariedade que coloca o contratante, já desgastado emocionalmente pela doença, em posição de inferioridade, criando uma angústia e dor superiores aquelas decorrentes de mero aborrecimento. E tudo se agrava com a burocracia e a necessidade de inúmeras tentativas para almejar seu fim, que só é atingido com a propositura de demanda judicial. Assim caracterizada a conduta indevida (injunta recusa) exsurtem os danos imateriais propriamente ditos e o nexo de causalidade entre uma e outro, surgindo o dever de indenizar.

A jurisprudência tem entendido que o montante fixado deve ter por escopo compensar a dor causada à vítima e desestimular o

ofensor de cometer atos da mesma natureza. Assim, não é razoável que se arbitre um valor irrisório, com pouco significado para o ofendido, nem mesmo seja fixada uma indenização excessiva, resultando um elevado ônus ao ofensor. Tais critérios podem ser extraídos dos artigos 944 e 945 do Código Civil.

Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C PEDIDO CONDENATÓRIO - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE DEU PROVIMENTO AO APELO EXTREMO. INSURGÊNCIA DA DEMANDADA. 1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento de doença coberta. 1.1. É também abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento domiciliar quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado. Precedentes. 2. A recusa indevida de cobertura, pela operadora de plano de saúde, nos casos de urgência ou emergência, enseja reparação a título de dano moral, em razão do agravamento ou aflição psicológica ao beneficiário, em razão da situação vulnerável em que se encontra. Precedentes. 3. Agravo interno desprovido. (STJ - AgInt no AREsp: 1481080 DF 2019/0095397-7, Relator.: Ministro MARCO BUZZI, Data de Julgamento: 30/09/2019, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 07/10/2019)

Considerados os parâmetros acima, o quantum indenizatório deve ser fixado em R\$8.000,00, com atualização monetária consoante a Tabela Prática do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo com início na data da presente publicação do acórdão, e juros moratórios de 1% mensais contados da citação.

O valor de R\$8.000,00 não apenas atende aos objetivos de compensação pelos danos sofridos, como também serve de reprimenda à conduta indevida da parte ré. Ademais, é importante ressaltar que essa quantia está em consonância com decisões análogas proferidas por esta Câmara (inclusive por este relator: Apelação Cível 1038992-28.2023.8.26.0577), que reconhece a importância de fixar indenizações que, embora representativas da dor e do constrangimento enfrentados, não extrapolem os limites do razoável e do proporcional.

Em razão do provimento parcial do autor, a sentença deve ser reformada quanto aos ônus sucumbenciais, especialmente em relação à ré, que, agora, foi condenada também ao pagamento de danos morais. A ré deverá ser responsabilizada integralmente pelas verbas sucumbenciais, conforme estabelece a Súmula 326 do STJ, que determina que a condenação em valor inferior ao pedido inicial, em ações de danos morais, não implica sucumbência recíproca.

No que se refere aos honorários advocatícios, a condenação da operadora ao pagamento dos danos morais implica no ajuste da fixação dos honorários devidos ao patrono da parte autora. Assim, a ré deverá arcar com honorários advocatícios sobre o valor do débito declarado inexigível, bem como sobre o valor dos danos morais, nos termos do art. 85, § 2º, do CPC, mantidos correção monetária e juros na forma de sentença.

E, em razão do desprovimento do recurso da operadora, a verba honorária deverá ser majorada, **somente a ela**, em 2%, conforme o artigo 85, § 11, do CPC, que prevê o acréscimo da verba honorária quando o recurso é desprovido.

Considerando a existência de precedentes das Cortes



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dá-se por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes, com a ressalva de que não está obrigado a mencionar expressamente todos os pontos suscitados pelas partes, tampouco a citar as normas aventadas, bastando que o recurso tenha sido fundamentadamente apreciado.

3. Diante do exposto, **nega-se provimento ao recurso da operadora e dá-se parcial provimento ao recurso da parte autora**, fixando a indenização por danos morais em R\$ 8.000,00 (oito mil reais).

Fernando Marcondes
Relator



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Voto nº 51490/2025

Apelação Cível nº 1010118-34.2023.8.26.0609

Comarca: Taboão da Serra

Apelante/Apelado: Unimed Seguros Saúde S/A

Apelado/Apelante: Osamu Negihora

Interessado: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

DECLARAÇÃO DE VOTO nº 51490

Dissinto respeitosamente da d. Maioria.

Na visão deste insignificante magistrado, a decisão proferida relativamente à fixação pelo dano moral falhou na própria concessão, e também com a atribuição do elevado valor concedido.

Por exórdio, ver que o Magnífico SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA ensina que RECUSA DE COBERTURA NÃO CONFIGURA DANO MORAL (A.I. no AGR.REC.ESPEC. Nº 1.558.931-SP) além do que se entrevê por mero e vulgar problema de interpretação contratual, na espécie.

O Des. ALVARO PASSOS, desta 2ª Câmara, denegou dano moral em hipótese de negativa de fornecimento de fármaco, sob fundamento de “ausência de situação vexatória” – Voto nº 42.455 – exatamente como aqui se localiza – e idêntico entendimento foi expressado no Voto nº 44.062, e ainda outro no Voto nº 47.130.

E continua nessa linha, conforme Voto nº 45.701, de maio de 2024, negado dano moral por negativa de cobertura de ato cirúrgico, por Operadora de Plano de Saúde.

Notar ainda que HOUVE AQUI CONCESSÃO DE LIMINAR para o atendimento do A. – coisa que derrui a maltratada figura.

Ver que o Des. JOSÉ JOAQUIM DOS SANTOS, desta Câmara, aponta que nessa hipótese se não configura o maltratado instituto: assim seu Voto 19.089 - além do que professou no Voto 19.244 que, TAL COMO AQUI, “socorro à via judicial faz com que não haja repercussão moral a seu favor” – e no R. Voto 29.277 aponta que “o sofrimento foi imediatamente contido pela decisão liminar”, valioso entendimento esse

repetido no H. Voto nº 29.461 ref. à Sessão de Julgamento de 22 de maio de 2018, e ainda constante de outro Voto de S.Exa., de número 30.376 – invocando-se ainda o Voto de 10.03.2023 (Apel. 1009185-92-2021), quando revela que nessas ocasiões, de concessão de liminar, não restou caracterizado prejuízo.

No Voto nº 47.126, o mesmo Des. J.J.DOS SANTOS afastou pleito por dano moral, em hipótese de glosa de valores de reembolso em cirurgia – asseverando tratar-se de mero problema de interpretação contratual. Também em seu Voto nº 48.117 o mesmo Jurista revela que NÃO HÁ DANO MORAL POR MERO INADIMPLEMENTO CONTRATUAL, nem por recusa de atendimento a hemodiálise (Voto nº 48.824).

E ainda o Des. ALVARO PASSOS, que detém basto entendimento nesse sentido: A SIMPLES RECUSA DE COBERTURA POR SI SÓ NÃO ENSEJA IMPOSIÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS - ensina em seu Voto 20.271; outros precedentes de S.Exa. nos Votos 20.504, 21.171 e 22.902.

Ainda do Des. J.J. DOS SANTOS o Voto nº 43.317 onde verte que, em negativa de cobertura de cirurgia por tumor no reto, por ser problema de INTERPRETAÇÃO CONTRATUAL, nem se havia que falar em dano moral – e nesse sentido seu Voto dele nº 43.024 e ainda o de número 44.724 – vendo-se do Voto nº 45.733 do Des. ALVARO PASSOS que “questão controvertida na jurisprudência” não implica em dano moral.

Outrossim, ainda esta Câmara, por meio de um de seus mais ilustres e cultos e competentes integrantes, SANTINI TEODORO, que infelizmente a não mais integra, no Voto condutor 2.772, igualmente assentou que nem havia de ser indenizado o dano moral, pois que ficou este superado pelo TRATAMENTO RAPIDAMENTE DETERMINADO PELO JUDICIÁRIO - tal como aqui.

De aí que a antecipação de tutela deferida, pela palavra dos doutos apontados, sublimou o tal dano moral – posição essa encampada pelo posicionamento de insígnies Juízes, desta Câmara, suso revelada.

Anota-se que para o simples problema apontado pela Sentença, tudo prontamente reparado pelo Judiciário, OITO MIL REAIS é valor excessivo – e ainda mais com os juros, e sem falar na correção monetária.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ver que em julgamento do Magnífico SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, fixou-se, em precedente, para caso de morte, indenização por dano moral no importe de R\$-50.000,00 – ARESP1027025-SP - REL. MIN.RAUL ARAÚJO.

Esse o exato valor localizado pelo mesmo Des. J.J. DOS SANTOS, também para caso de MORTE POR ERRO MÉDICO, em julgamento realizado aos 15.05.2018 e que foi indicado para jurisprudência, acatado o “quantum” por V.U.

O Des. ALVARO PASSOS, em seu Voto nº 38.273, de fevereiro de 2022, encontrou, para MORTE por erro médico, valor de TRINTA MIL REAIS para a reparação.

No recente Voto nº 48.868 o mesmo Des. ALVARO PASSOS sugeriu VINTE E CINCO MIL REAIS de indenização para perecimento de nascituro.

E em outro Voto, de nº 38.550, localizou R\$-50.000,00 para reparação por MORTE de filho, por erro médico – e em idêntica situação, também orçou em R\$-50.000,00 o valor pago por morte de irmão – Voto nº 42.374.

O Ministro SIDNEI BENETTI, que honrou esta Relação, fixou em CINCO MIL REAIS danos morais por negativa de fornecimento de materiais cirúrgicos – ver A.R. Nº 46.590-SP.

A mesma C. Corte Superior, em Brasília, em precedente recebido por todos os integrantes desta Seção de Direito Privado, por Boletim Interno, dá notícia de que o MINISTRO JOÃO OTÁVIO NORONHA houve por exata V. decisão do E. Tribunal carioca que fixou em R\$-3.000,00 (Três mil reais) indenização a quem INGERIRA METAL EM ACHOCOLATADO (ARESP Nº 477.364 – RJ); esse valor de R\$-3.000,00 também consta de outros precedentes – ver Rec. Espec. 149.296, da E. 2ª Turma.

O Des. J.J.DOS SANTOS, no Voto nº 40.222, de novembro de 2021, localizou TRÊS MIL REAIS por dano moral, por negativa de cobertura de procedimentos médicos.

Por problemas de furto em supermercado, o eminente VILLAS BOAS CUEVA encontrou TRÊS MIL REAIS por indenização (AGRESP Nº 642145-RS).

E em recente entendimento, o mesmo E. Tribunal Superior, suso apontado, assentou, no Rec. Especial nº 1639470-RO indenização de DOIS MIL REAIS por



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Protesto indevido.

Novamente nesta Câmara, o Des. J.J. DOS SANTOS localizou TRÊS MIL REAIS a título de danos morais, por constatação de fraude – Voto nº 45.778.

Ver, então, quão disceptante da realidade está o “quantum” proposto - já que, aqui, por um problema com mui menor gravidade, fixou-se um valor que com os acréscimos deverá ampliar em muito aquele limite.

Isso, na ótica do inútil prolator destas linhas, tangencia a figura profligada pelo Art.884 do Código Civil.

O Judiciário não pode prestigiar o enriquecimento sem causa.

De aí que, por minha tenção, DEFERIA PROVIMENTO ao recurso, apenas da UNIMED, inda que parcial, cancelada a imposição quanto ao dano moral, dividida a sucumbência, com mil reais de honorários para cada qual, pois que se está em face daquilo que a mundanidade chama por INDÚSTRIA DO DANO MORAL.

SINE IRA ET STUDIO.

Luiz Beethoven Giffoni Ferreira



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Este documento é cópia do original que recebeu as seguintes assinaturas digitais:

Pg. inicial	Pg. final	Categoria	Nome do assinante	Confirmação
1	12	Acórdãos Eletrônicos	FERNANDO FLORIDO MARCONDES	2A7AAB6F
13	16	Declarações de Votos	LUIZ BEETHOVEN GIFFONI FERREIRA	2A7E3FC7

Para conferir o original acesse o site:

<https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/sg/abrirConferenciaDocumento.do>, informando o processo 1010118-34.2023.8.26.0609 e o código de confirmação da tabela acima.