



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000395966

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1019052-67.2023.8.26.0451, da Comarca de Piracicaba, em que é apelante CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENTRAL, é apelado ROSA MARLENE BOTTARO FERNANDES (JUSTIÇA GRATUITA).

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da Núcleo de Justiça 4.0 em Segundo Grau – Turma III (Direito Privado 1) do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Deram provimento em parte ao recurso. V. U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores IRINEU FAVA (Presidente sem voto), MARA TRIPPO KIMURA E GILBERTO FRANCESCHINI.

São Paulo, 24 de abril de 2025.

PEDRO FERRONATO

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

VOTO Nº: 3204

APEL. Nº: 1019052-67.2023.8.26.451

FORO : Piracicaba

APTE.: Central Nacional Unimed – Cooperativa Central

APDO.: Rosa Marlene Bottaro Fernandes (Justiça Gratuita)

SAÚDE SUPLEMENTAR – Obrigação de Fazer c.c. indenização – Cerceamento de defesa – Inocorrência – Desnecessidade da prova pretendida – Negativa de cobertura de exame Oncotype DX – Operadora de saúde sustenta a regularidade da negativa de cobertura por ausência de previsão no rol da ANS para o caso dos autos – Inadmissibilidade – Beneficiária portadora de carcinoma mamário, com histórico de cardiopatia – Exame que se fazia necessário para adequação do tratamento – Doença coberta pelo plano de saúde – Recomendação de órgão técnico – Abusividade da recusa – Dano moral – Afastamento – Ausência de prejuízo indenizável – Discussão a respeito de cláusula contratual – Recurso provido parcialmente.

Trata-se de recurso de apelação interposto contra a r. sentença de fls. 212/2147, que julgou procedentes os pedidos, para determinar à ré a cobertura do exame Oncotype DX, além de condená-la ao pagamento de indenização por danos morais, no valor de R\$ 8.000,00.

Sustenta a cooperativa médica (fls. 220/252), preliminarmente, a ocorrência de cerceamento de defesa, pleiteando a produção de prova pericial, a fim de verificar a imprescindibilidade do exame pleiteado. No mérito, em síntese, afirma a regularidade da recusa, ante a expressa restrição contratual, uma vez que não

previsto o procedimento no rol da ANS, ressaltando que o preço da mensalidade do plano deve ser compatível com a cobertura contratada, a fim de se garantir o equilíbrio contratual. Insurge-se contra a condenação em danos morais, diante da ausência de ilicitude e dos demais pressupostos exigidos, pleiteando, subsidiariamente, a redução do “quantum” indenizatório.

Recurso tempestivo, preparado e devidamente contrariado.

É o relatório.

De início, afasta-se a alegação de **cerceamento de defesa**, uma vez que a resolução das questões controvertidas prescindia da produção de prova pericial, suprida, na hipótese vertente, pelos documentos acostados e demais elementos de convicção constantes dos autos.

O instituto jurídico do julgamento antecipado da lide encontra esteio no artigo 355 do Código de Processo Civil, sendo aplicável às hipóteses de revelia e àquelas em que a questão de mérito seja unicamente de direito ou, sendo de direito e de fato, não haja necessidade de se produzir provas em audiência, como no caso presente.

O julgamento antecipado da lide, ao contrário de caracterizar cerceamento, homenageia o princípio da economia processual, permitindo rápida prestação da tutela jurisdicional às partes e à comunidade.

Ao juiz, como destinatário das provas, cabe a decisão sobre a conveniência e necessidade de sua realização. Havendo provas suficientes para formar seu convencimento, a teor do disposto nos artigos 370 e 371 do Código de Processo Civil, deve o julgamento ser proferido.

Nesse sentido, precedente do STJ, ainda sob a égide do anterior Código de Processo Civil, conforme trecho de ementa abaixo transcrito:

“1. O artigo 131, do CPC, consagra o princípio da persuasão racional, habilitando o magistrado a valer-se do seu convencimento, à luz dos fatos, provas, jurisprudência, aspectos pertinentes ao tema e da legislação que entender aplicável ao caso concreto constantes dos autos. Nada obstante, compete-lhe rejeitar diligências que delonguem desnecessariamente o julgamento, a fim de garantir a observância do princípio da celeridade processual.

6. Deveras, é cediço nesta Corte que incorre cerceamento de defesa quando desnecessária a produção da prova pretendida (REsp 226064/CE, Rel. Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, Quarta Turma, julgado em 24.06.2003, DJ 29.09.2003), impondo-se o julgamento antecipado da lide em que se controverte apenas sobre matéria de direito, em obediência aos princípios da economia e da celeridade processuais (REsp 324.098/RJ, Rel. Ministro Sálvio de Figueiredo Teixeira, Quarta Turma, julgado em 21.03.2002, DJ 29.04.2002; e Resp 337.785/RJ, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 04.12.2001, DJ 25.03.2002).” (Resp 797184/DF, Primeira Turma, Rel. Min. LUIZ FUX, j. 25.03.08, v.u.).

No **mérito**, tem-se que a determinação à ora apelante de cobertura do custeio do exame indicado ao apelado – Oncotype DX – era mesmo de rigor, mostrando-se correta a r. sentença vergastada neste ponto.

Isso porque ao se analisarem os elementos dos autos, verifica-se que referido exame, ainda que sem indicação expressa no rol da ANS de utilização para a situação da beneficiária, deveria mesmo ser custeado pela operadora de saúde.

Com efeito, fixou o E. Superior Tribunal de Justiça, por meio de sua Segunda Seção, no julgamento do EResp n. 1886929/SP, de relatoria do Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 08/06/2022, o seguinte entendimento, conforme se extrai de trecho de sua ementa:

***“11. Cabem serem observados os seguintes parâmetros objetivos para admissão, em hipóteses excepcionais e restritas, da superação das limitações contidas no Rol: 1 - o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar é, em regra, taxativo; 2 - a operadora de plano ou seguro de saúde não é obrigada a arcar com tratamento não constante do Rol da ANS se existe, para a cura do paciente, outro procedimento eficaz, efetivo e seguro já incorporado à lista; 3 - é possível a contratação de cobertura ampliada ou a negociação de aditivo contratual para a cobertura de procedimento extrarrol; 4 - não havendo substituto terapêutico ou estando esgotados os procedimentos do Rol da ANS, pode haver, a título de excepcionalidade, a cobertura do tratamento indicado pelo médico ou odontólogo-assistente, desde que (i) não tenha sido indeferida expressamente pela ANS a incorporação do procedimento ao Rol da Saúde Suplementar; (ii) haja comprovação da eficácia do tratamento à luz da medicina baseada em evidências; (iii) haja recomendações de órgãos técnicos de renome nacionais (como Conitec e NatJus) e estrangeiros; e (iv) seja realizado, quando possível, o diálogo*”**

interinstitucional do magistrado com entes ou pessoas com expertise na área da saúde, incluída a Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, sem deslocamento da competência do julgamento do feito para a Justiça Federal, ante a ilegitimidade passiva ad causam da ANS.”.

E, pela leitura dos exames e dos pedidos médicos colacionados às fls. 16/40, percebe-se estarem presentes as condições necessárias à cobertura do procedimento pela operadora, uma vez que a beneficiária do plano de saúde é portadora de carcinoma mamário invasivo, de grau histológico II, buscando os profissionais médicos responsáveis, com o exame prescrito, maiores informações acerca da extensão da enfermidade, a fim de embasar decisão acerca da viabilidade do tratamento quimioterápico, especialmente porque a paciente possui histórico de insuficiência coronariana.

Conforme bem explicado pelo médico oncologista às fls. 27:

“Paciente portadora de carcinoma de mama, EC II e apresenta cardiopatia submetido a cirurgia de revascularização. Devido ao antecedente apresenta risco aumentado a quimioterapia.”

Referida cardiopatia anterior encontra-se bem demonstrada pelos documentos de fls. 36/40.

Há, ainda, parecer **favorável** do NAT-Jus, de número

0137/2023, no bojo de processo em curso perante a 4ª Vara Federal de Campos-RJ (Processo n. 5009828-85.2022.4.02.5103), em análise de caso similar ao dos autos, relativo a paciente *“portadora de carcinoma ductal invasor de mama, tumor multicêntrico (uma lesão de 2,1 x 2 x 1,1 e outra lesão 0,9 x 7,5 x 2cm), T2N0M0, receptor hormonal positivo, HER2 negativo, estadio I”*, concluindo que *“o exame Oncotype DX® está indicado ao manejo do quadro clínico que acomete a Autora.”*

Ademais, é de competência do médico a análise do potencial ou maior plausibilidade do procedimento apontado, sintonizado com a evolução da ciência e técnica médicas, e que também devem ser acompanhadas pela prestadora de plano ou seguro saúde, independentemente de aguardar-se alteração administrativa do rol da ANS, tido como de cobertura mínima.

Neste sentido trafega a Súmula 102 desta Corte:

“Súmula 102: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.”

Observa-se, ainda, o disposto no art. 10, § 13, incisos I e II, da Lei nº 9.656/98, com a redação dada pela Lei nº 14.454/2022:

“§ 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; ou

II - existam recomendações pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), ou exista recomendação de, no mínimo, 1 (um) órgão de avaliação de tecnologias em saúde que tenha renome internacional, desde que sejam aprovadas também para seus nacionais.”

Nesse diapasão, tem-se que a cobertura contratual para o tratamento da doença que acometeu a beneficiária era incontestável, assim como inarredável a incidência das normas do Código de Defesa do Consumidor, nos termos da Súmula nº 608 do STJ:

“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”.

Obstar o necessário procedimento é medida ilegal, porque contraria a própria natureza do contrato do plano de saúde, cuja finalidade é de garantir a saúde em sua integralidade e não apenas parte dela.

A disposição contratual fundada na limitação dos riscos não

significa dizer que deva sempre ser aceita como legítima, mas deverá ser examinada à luz da situação concreta, da boa-fé e das regras de proteção ao consumidor, que ostenta a condição de hipossuficiente na circunstância de aderente a contrato de prestação de serviços médicos, afigurando-se presente, aqui, a violação ao art. 51, IV, XV, e § 1º, II, da Lei nº 8078/90.

Referido posicionamento se coaduna com a orientação sufragada pelo E. Superior Tribunal de Justiça:

“Seguro saúde. Cobertura. Câncer de pulmão. Tratamento com quimioterapia. Cláusula abusiva.

1. O plano de saúde pode estabelecer quais doenças estão sendo cobertas, mas não que tipo de tratamento está alcançado para a respectiva cura. Se a patologia está coberta, no caso, o câncer, é inviável vedar a quimioterapia pelo simples fato de ser esta uma das alternativas possíveis para a cura da doença. A abusividade da cláusula reside exatamente nesse preciso aspecto, qual seja, não pode o paciente, em razão de cláusula limitativa, ser impedido de receber tratamento com o método mais moderno disponível no momento em que instalada a doença coberta. 2. Recurso especial conhecido e provido.” (Resp 668216/SP, Terceira Turma, Rel. Min. CARLOS ALBERTO MENEZES DIREITO, j. 15.03.07)

“Direito civil. Contrato de seguro em grupo de assistência médico-hospitalar, individual e familiar. Transplante de

órgãos. Rejeição do primeiro órgão. Novo transplante. Cláusula excludente. Invalidade. - O objetivo do contrato de seguro de assistência médico-hospitalar é o de garantir a saúde do segurado contra evento futuro e incerto, desde que esteja prevista contratualmente a cobertura referente à determinada patologia; a seguradora se obriga a indenizar o segurado pelos custos com o tratamento adequado desde que sobrevenha a doença, sendo esta a finalidade fundamental do seguro-saúde. - Somente ao médico que acompanha o caso é dado estabelecer qual o tratamento adequado para alcançar a cura ou amenizar os efeitos da enfermidade que acometeu o paciente; a seguradora não está habilitada, tampouco autorizada a limitar as alternativas possíveis para o restabelecimento da saúde do segurado, sob pena de colocar em risco a vida do consumidor. - Além de ferir o fim primordial do contrato de seguro-saúde, a cláusula restritiva de cobertura de transplante de órgãos acarreta desvantagem exagerada ao segurado, que celebra o pacto justamente ante a imprevisibilidade da doença que poderá acometê-lo e, por recear não ter acesso ao procedimento médico necessário para curar-se, assegura-se contra tais riscos. - Cercear o limite da evolução de uma doença é o mesmo que afrontar a natureza e ferir, de morte, a pessoa que imaginou estar segura com seu contrato de seguro-saúde; se a ninguém é dado prever se um dia será acometido de grave enfermidade, muito menos é permitido saber se a doença, já instalada e galopante, deixará de avançar para a o momento em que se tornar necessário procedimento médico ou cirúrgico que não é coberto pelo seguro médico-hospitalar contratado. - A negativa de cobertura de transplante apontado pelos médicos como essencial para salvar a vida do paciente, sob alegação de estar previamente excluído do contrato, deixa o segurado à mercê da onerosidade excessiva perpetrada pela seguradora, por meio de abusividade em cláusula contratual. - A saúde é um direito social constitucionalmente assegurado a todos, cuja premissa daqueles que prestam tal assistência, deve ser a redução de riscos de doenças, para a sua promoção, proteção e recuperação, seja no plano privado, seja na esfera da administração pública. - O interesse patrimonial da seguradora de obtenção de lucro, deve ser resguardado, por se tratar de um direito que lhe assiste, desde que devidamente prestado o serviço ao qual se obrigou, isto é, desde que receba o segurado o tratamento adequado com o procedimento médico ou cirúrgico necessário, que possibilite a garantia da saúde por inteiro, prestado de forma eficiente, integral e com qualidade, conforme assumido contratualmente e estabelecido constitucionalmente. - Assegura-se o lucro, desde que assumidos os riscos inerentes

à tutela da saúde, tais como expostos na Constituição Federal, que não podem ficar somente a cargo do consumidor-segurado; fatar a doença, ademais, não é o modo mais correto para obtenção de lucro. - Com vistas à necessidade de se conferir maior efetividade ao direito integral à cobertura de proteção à saúde por meio do acesso ao tratamento médico-hospitalar necessário, deve ser invalidada a cláusula de exclusão de transplante do contrato de seguro-saúde, notadamente ante a peculiaridade de ter sido, o segurado, submetido a tratamento complexo, que incluía a probabilidade e não a certeza da necessidade do transplante, procedimento que, ademais, foi utilizado para salvar-lhe a vida, bem mais elevado no plano não só jurídico, como também metajurídico. Recurso especial conhecido, mas, não provido.” (Resp 1053810/SP, Rel.^a Min.^a NANCY ANDRIGHI, j. 17.12.09.)

Também este Tribunal de Justiça de São Paulo assim decidiu em situações semelhantes:

“PLANO DE SAÚDE – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – Cerceamento de defesa - Inocorrência – Juiz como destinatário das provas - Conjunto probatório que se mostrou suficiente para o deslinde da demanda – Ausência de necessidade de produção de outras provas. Beneficiária diagnosticada com câncer de mama e submetida à procedimento cirúrgico - Prescrição médica para realização de exame ONCOTYPE DX - Sentença que condenou a ré na cobertura do exame pleiteado, nos termos do relatório médico, além da condenação ao pagamento de R\$15.000,00 a título de indenização por danos morais - Recurso da ré -

Recusa fundada na ausência de cobertura contratual, e na ausência de previsão no rol da ANS – Recusa indevida – Contrato regido pelo Código de Defesa do Consumidor – Expressa indicação médica para realização do exame - Inteligência das súmulas nº 96 e 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça - Precedentes. Dano moral que não restou configurado – Mero inadimplemento contratual - Ausência de violação a direito da personalidade – Recurso parcialmente provido.” (Apelação n. 1029298-11.2023.8.26.0100, rel. Marcus Vinicius Rios Gonçalves, 6ª Câmara de Direito Privado, j. 14/12/2023).

“PLANO DE SAÚDE. Ação de obrigação de fazer c/c pedido de tutela de urgência e indenização por danos morais. Sentença de procedência. Insurgência da ré. Recusa de cobertura para realização de exame "ONCOTYPE" para análise molecular de DNA. Indicação médica para sua realização. Alegação de que o exame e tratamento não constam do rol da ANS. Irrelevância. Segurada acometida de câncer de mama. Necessidade de exame para tratamento. Aplicação das Súmulas 95, 96 e 102 deste E. Tribunal. Dano moral afastado. Tratamento garantido ante o deferimento da tutela. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação n. 1005997-80.8.26.0001, rel. Maria de Lourdes Lopes Gil, 7ª Câmara de Direito Privado, j. 20/03/2020).

A obrigação de custeio do exame pleiteado é, pois, certa.

No que tange à condenação à indenização por **danos morais**,

contudo, a irresignação da apelante comporta acolhimento.

Com efeito, não se mostram presentes os pressupostos para sua configuração, não demonstrada situação concreta de prejuízo incomum, sendo certo, ademais, que, ainda que tenha ocorrido negativa de cobertura, esta, em princípio, encontrava-se fundada em cláusula contratual, somente considerada abusiva após o julgamento da lide, o que afasta a configuração do dano moral, conforme julgado do C. Superior Tribunal de Justiça, cuja ementa ora se transcreve, com destaque para a situação ora analisada:

“AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO AOS ARTS. 489, § 1º, IV e 1.022 DO CPC/2015. CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR. NEGATIVA DE COBERTURA DE PRÓTESE. LIMITAÇÃO DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA. CLÁUSULA ABUSIVA. REEMBOLSO INTEGRAL. DANO MORAL. INEXISTÊNCIA. RECUSA LEGÍTIMA. CLÁUSULA CONTRATUAL CONTROVERTIDA. AGRAVO INTERNO PARCIALMENTE PROVIDO.

1. A Corte de origem dirimiu a matéria submetida à sua apreciação, manifestando-se expressamente acerca dos temas necessários à integral solução da lide. Dessa forma, não havendo omissão, contradição ou obscuridade no aresto recorrido, não se verifica a ofensa aos artigos 489, § 1º, IV, e 1.022 do CPC/2015. 2. Consoante a jurisprudência do STJ, é abusiva a exclusão do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico relativos a doença coberta pelo contrato de plano de saúde, hipótese na qual o ressarcimento dos gastos realizados pelo beneficiário deve ser integral. Precedentes. 3. O mero descumprimento de cláusula contratual controvertida não gera danos morais. Precedentes. 4. Agravo interno a que se dá parcial

provimento. (AgInt nos EDCL no REsp 1760229/PR, 4ª Turma, Rel. Min. RAUL ARAÚJO, j. 30.05.2019, g.n.).

Também neste Tribunal de Justiça o entendimento predominante é de que, cuidando-se de interpretação de cláusulas contratuais, não se faz devida a indenização por dano moral. Neste sentido, confira-se:

*“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. MEDICAMENTO. NEGATIVA DE COBERTURA. DANOS MORAIS. Autora diagnosticada com epilepsia refratária. Tratamento medicamentoso, com "Extrato de Cannabis Sativa Promediol". Sentença de parcial procedência, condenando a operadora a fornecer o medicamento prescrito à autora, ficando a obrigação condicionada à apresentação de relatórios médicos atualizados a cada seis meses. Inconformismo de ambas as partes. Mudança de entendimento jurisprudencial, no sentido de que derivados do canabidiol já possuem autorização especial, produção e venda no Brasil pela ANVISA, o que significa que o seu uso é seguro. Inexistência de substituto terapêutico e esgotados os tratamentos convencionais disponíveis, sem resultado. Fármaco não disponível em farmácias. Uso domiciliar, nesse caso, que não isenta a operadora do dever de cobertura. Negativa de cobertura que não pode prosperar. Precedentes. **Danos morais. Discussão quanto à interpretação de cláusula contratual de plano de saúde não gera dano moral sujeito à reparação, Indenização indevida. Sentença mantida. RECURSOS DESPROVIDOS**”. (Apelação n. 1035948-74.2022.8.26.0564, rel. Clara Maria Araújo Xavier, 8ª Câmara de Direito Privado, j. 17/05/24).*

“APELAÇÃO. PLANO DE SAÚDE. MÉTODO A.B.A. Paciente menor impúbere portador de transtorno do espectro autista. Prescrição médica de tratamento multidisciplinar pela metodologia A.B.A. Negativa de cobertura por ausência de previsão no rol da ANS. Inadmissibilidade. Limitação ao tratamento. Incidência do Código de Defesa do Consumidor.

*Não excluindo o contrato o tratamento da doença, não podem ser excluídos os procedimentos, exames, materiais, métodos e medicamentos necessários à cura. Precedentes do STJ e aplicação da Súmula 102 do TJSP. Negativa baseada na alegação de que o tratamento não se encontra previsto nas diretrizes do rol da ANS. Existência de indicação expressa e fundamentada do médico. Lei 14.454/22 que estabeleceu expressamente que o rol não é taxativo. Não caracterizada hipótese de afastamento da obrigatoriedade da cobertura, no presente caso. Perícia realizada que comprova que a apelante não dispõe da integralidade do tratamento prescrito ao menor. PSICOPEDAGOGIA. Cabível a exclusão de fornecimento de psicopedagogia, por extrapolar o objeto do contrato, o que foi devidamente afastado. **DANOS MORAIS. Não configuração. Negativa de cobertura fundamentada em interpretação de cláusula de exclusão. Ausência de descrição de fato que pudesse indicar danos morais indenizáveis. Sentença parcialmente reformada. Recurso parcialmente provido.**" (Apelação n. 1024270-62.2022-62.8.26.0564, 4ª Câmara de Direito Privado, Rel. Vitor Frederico Kümpel, j. em 28/11/24).*

Frisa-se, ainda, a inoccorrência de qualquer prejuízo concreto, trazido por eventual atraso na realização do exame em decorrência da negativa de cobertura, sendo certo, ademais, o pequeno lapso temporal ocorrido entre a negativa administrativa da cobertura, que ocorreu em 12 de setembro de 2023 (fls. 29/32), até a prolação da decisão concessiva da tutela de urgência (25 de outubro daquele mesmo ano – fls. 44/47), não se vislumbrando sofrimento exagerado por parte da apelada.

De fato, conforme bem explica Flavio Tartuce, no seu Manual de Direito Civil, ed. Método, pág. 429, ***“tanto doutrina como jurisprudência sinalizam para o fato de que os danos morais suportados por alguém não se confundem com os meros transtornos ou aborrecimentos que a pessoa sofre no dia a dia. Isso sob pena de colocar em descrédito a própria concepção da responsabilidade civil e do dano moral”***.



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Ausente, assim, constrangimento ilegal ou situação excepcional a ensejar sofrimento exagerado, que desborde da condução normal desse tipo de ocorrência, deve ser **afastada a condenação ao pagamento de indenização por dano moral**.

Ante o exposto, pelo meu voto, **dá-se provimento parcial** ao recurso, para o fim de se afastar a condenação da apelante ao pagamento de indenização por danos morais.

Visando a evitar oposição de embargos declaratórios para tal finalidade, considera-se prequestionada toda matéria constitucional e infraconstitucional invocada, observado posicionamento do Superior Tribunal de Justiça segundo o qual prescindível a citação de dispositivos legais que o fundamentam (EDcl no RMS 18205/SP, Rel. Min. Felix Fischer, T5, j. 18.04.2006).

PEDRO FERRONATO

Relator