



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000420557

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1006043-41.2021.8.26.0020, da Comarca de São Paulo, em que é apelante NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A, são apelados LUCIANA FERNANDES DA SILVA, LUCILA FERNANDES DA SILVA e SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça de São Paulo, proferir a seguinte decisão: **Conheceram em parte do recurso e, na parte conhecida, negaram-lhe provimento. V.U.**, de conformidade com o voto do relator, que integra este acórdão.

O julgamento teve a participação dos Desembargadores CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente sem voto), ENIO ZULIANI E ALCIDES LEOPOLDO.

São Paulo, 30 de abril de 2025.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora

Assinatura Eletrônica

Voto nº 11.774

Apelação Cível: 1006043-41.2021.8.26.0020

Apelante : Notre Dame Intermédica Saúde S/A

Apelada : Luciana Fernandes da Silva.

Apelada : Lucila Fernandes da Silva.

Apelada : Sociedade Beneficente São Camilo

Origem: 1ª Vara Cível - Foro Regional Nossa Senhora do Ó

Juiz sentenciante: Dr(a). Cláudia Barrichello

DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE, QUE FOI DENUNCIADO À LIDE E CONDENADO AO PAGAMENTO DE DESPESAS MÉDICAS DA PARTE RÉ. I. Caso em Exame. Ação de cobrança ajuizada pelo hospital contra a paciente e responsável financeira, referente a despesas médicas não cobertas pelo plano de saúde, totalizando R\$ 4.616,85. A sentença condenou a Operadora de Saúde a pagar o valor à autora, julgando improcedente o pedido em relação às rés. II. Questão em Discussão. 2. A questão em discussão consiste em averiguar a alegação de (i) ilegitimidade passiva da operadora de saúde e inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor; (ii) inexistência de ilegalidade na limitação de cobertura pelo rol da ANS. III. Razões de Decidir. 3. A preliminar de ilegitimidade passiva foi afastada, considerando a responsabilidade da operadora de saúde pelo custeio das despesas, em razão da relação contratual com a parte ré. 4. A alegação de inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor foi considerada inovação recursal, não podendo ser conhecida nesta sede. Ainda que assim não o fosse, forçoso reconhecer que a relação entre as partes é de consumo, aplicando-se o CDC. IV. Dispositivo e Tese. 5. **Recurso da denunciada NÃO CONHECIDO em parte e, na parte conhecida, a que se NEGA PROVIMENTO.** Tese de julgamento: 1. A operadora de saúde é responsável pelo custeio das despesas médicas não cobertas, em razão da relação contratual. 2. A aplicação do Código de Defesa do Consumidor é cabível em contratos de plano de saúde, salvo exceções específicas. Legislação Citada: Código de Defesa do Consumidor, art. 2º, 3º, 47, 51, 329, 336, 421; Código de Processo Civil, art. 85, 252, 1.014, 1.025; Lei 9.656/98, art. 10, §12, §13. Jurisprudência Citada: TJSP, Apelação nº 0200832-94.2010.8.26.0100, Rel. Marcia Dalla Déa Barone, j. 20/07/2018.

Vistos.

Trata-se de Apelação interposta por NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., contra sentença que, em Ação de Cobrança movida por SOCIEDADE

BENEFICENTE SÃO CAMILO entidade mantenedora do HOSPITAL SÃO CAMILO POMPEIA, em face de LUCIANA FERNANDES DA SILVA e LUCILA FERNANDES DA SILVA, julgou parcialmente procedente a Ação.

Adoto o relatório da sentença de fls. 188/194 e a ele acrescento que, após a fundamentação, o feito foi julgado parcialmente procedente para condenar a denunciada, Notre Dame Saúde a pagar o valor de R\$4.616,85 à autora, com correção monetária pelo IPCA-E desde o ajuizamento da ação e juros de mora de 1% desde a citação; bem como julgar improcedente o pedido em relação às rés, Luciana Fernandes da Silva e Lucila Fernandes da Silva.

As rés opuseram Embargos de Declaração (fls. 197/202), respondido pela Autora (fls. 207/209) e pela Denunciada (fls. 210/213), os quais tiveram negado provimento pela decisão de fls. 224/225.

Irresignada, a Denunciada Notre Dame interpôs a mencionada Apelação (fls. 228/243), tendo arguido (i) ilegitimidade passiva da operadora e inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor; (ii) inexistência de ilegalidade na limitação de cobertura pelo rol da ANS – reconhecimento da taxatividade do rol pelo STJ.

A parte autora declinou de apresentar contrarrazões, conforme exposto na petição de fl. 253.

Contrarrazões da ré devidamente apresentadas (fls. 254/265).

Processado o recurso, com as contrarrazões, subiram os autos.

O feito foi transferido à minha relatoria conforme termo de fl. 272.

Não houve oposição ao julgamento virtual.

É o relatório.

O recurso não comporta conhecimento em parte e, na parte conhecida, não comporta provimento.

DA PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE PASSIVA

Afasto a preliminar arguida.

Em que pese a irresignação recursal da denunciada, fato é que, na qualidade de operadora de seguro saúde, tendo restado incontroversa a prestação de serviços pelo Hospital, o respectivo valor e o inadimplemento contratual por parte da operadora do plano/seguradora de saúde, a quem é devido o custeio das despesas em razão da relação

contratual que guarda com a parte ré, legítima é a responsabilização da operadora/seguradora de saúde.

Isso porque, a obrigação do paciente/responsável financeiro tem caráter subsidiário, sendo que, no caso dos autos, o plano de saúde deve cobrir as despesas em aberto, resultando na inexigibilidade da dívida perante as rés, como acertadamente decidiu-se em primeiro grau.

Nesse sentido:

Ação de cobrança Despesas médicas e hospitalares Plano de Saúde denunciado - Sentença de improcedência da pretensão autoral Reforma Hospital que prestou serviços em favor da paciente e tem o direito de cobrar o valor correspondente Inexistência de impugnação específica aos serviços prestados e materiais utilizados Responsabilidade imposta ao paciente e ao responsável pelos valores não cobertos pela seguradora **Denúnciação da lide Procedência Valores gastos com cirurgia e materiais que devem ser impostos à seguradora que opera o plano de saúde Impossibilidade de eleição do tratamento adequado à doença Possibilidade do Hospital exigir diretamente da denunciada o valor correspondente às despesas relacionadas nos autos Sucumbência imposta aos requeridos - Procedência do pedido de cobrança, com possibilidade de exigência dos valores da Seguradora Denúnciação da lide julgada procedente** Sucumbência imposta à seguradora em relação aos litisdenuciantes Recurso do autor provido, prejudicado o recurso dos requeridos. (0200832-94.2010.8.26.0100; Classe/Assunto: Apelação / Planos de Saúde; Relator(a): Marcia Dalla Déa Barone; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 20/07/2018; Data de publicação: 20/07/2018; Data de registro: 20/07/2018) (*grifei)

As demais questões se confundem com o mérito e com ele serão analisadas.

DO MÉRITO RECURSAL

Da alegada inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor – CDC.

A irresignação da denunciada acerca da inaplicabilidade do CDC ao caso em tela se revela em verdadeira inovação recursal, posto que em nenhum momento em primeiro grau insurgiu-se a esse respeito, o que não pode ser conhecido nesta sede recursal, sob pena de supressão de instância e ofensa aos princípios do contraditório e ampla defesa.

É cediço que, quando a parte recorrente traz à baila uma tese inédita para fundamentar seu pleito, nas razões de recurso, haverá inovação recursal.

É o que ocorreu com relação ao ponto ora destacado. Os argumentos trazidos revelam-se verdadeira inovação, porquanto sequer foram aventados nas manifestações da denunciada em primeiro grau.

Tal prática é vedada pelo nosso ordenamento jurídico, ressalvada a hipótese prevista no artigo 1.014, do CPC, porquanto os limites da lide são fixados no momento da inicial e da contestação, conforme dispõem os artigos 329 e 336, ambos do CPC.

Frise-se que tal manobra não permitida em nosso ordenamento jurídico, sob pena de configurar supressão de instância e, como já dito, ofensa aos princípios do contraditório e da ampla defesa, consoante disposto no artigo 329 do Código de Processo Civil.

Assim, em decorrência do efeito devolutivo do recurso, é proibida a inovação em sede de apelação.

Significa que “a questão não suscitada, não discutida e que não foi objeto de apreciação pela sentença, salvo nas exceções legais, não pode mesmo ser conhecida pelo tribunal no julgamento da apelação” (STJ, AgRg-Ag nº 264.010-PR, 4ª Turma, j. 20-02-2001, rel. Min. Sálvio de Figueiredo Teixeira).

De acordo com a regra geral do efeito devolutivo da apelação, “ao Tribunal é dado avaliar as questões suscitadas e discutidas no processo em primeiro grau. Vale dizer, se determinada questão não foi colocada ao julgamento do magistrado 'a quo', o Tribunal não pode apreciá-la (princípio do 'tantum devolutum quantum appellatum')” (STJ, REsp n. 776.634-RJ, 2ª Turma, j. 15-10-2009, rel. Min. Mauro Campbell Marques).

Sobre o tema, Nelson Nery Júnior e Rosa Maria de Andrade Nery ensinam: “Proibição de inovação. Não se pode inovar no juízo de apelação, sendo defeso às partes modificar a causa de pedir ou o pedido” (in Código de Processo Civil Comentado e Legislação Processual Extravagante em Vigor, 6ª edição, nota 1, artigo 517).

No mesmo sentido, o ensinamento de Vicente Greco Filho: “Como de início se afirmou, a apelação admite a discussão de questões de fato e de direito, mas desde que já apresentadas em primeiro grau” (in Direito Processual Civil Brasileiro, 13ª ed., pág. 295).

A hipótese configura, portanto, a vedada inovação recursal, o que impossibilita este E. Tribunal de apreciar a mencionada tese, sob pena de ofensa ao princípio do duplo grau de jurisdição.

Assim, descabida a inovação em sede recursal, com o que prejudicado o Apelo quanto ao ponto destacado, pela impossibilidade de seu conhecimento.

Contudo, ainda que assim não o fosse, apenas para que não se alegue omissão, cumpre destacar que a sentença assim fundamentou a aplicação da legislação consumerista ao caso em apreço:

“Como o plano de saúde negou tardiamente a internação no Hospital São Camilo e fez a paciente, mesmo inicialmente aceita por meio do plano, ser transferida para outro hospital, diante das informações iniciais prestadas e das peculiaridades do caso, que cuida de relação de consumo e da cadeia interconectada de prestadores (autora e denunciada), deve a denunciada ser responsável por pagar diretamente à autora as despesas que sua seguradora teve no Hospital São Camilo.”

A relação entre as rés e a denunciada deve ser interpretada à luz do Código de Defesa do Consumidor (CDC), pois a parte ré, é a destinatária final dos serviços contratados para si e seus dependentes, enquadrando-se no conceito de consumidor nos termos do artigo 2º do CDC. A Denunciada, ora Apelante, por sua vez, configura-se como fornecedora de serviços de saúde, conforme dispõe o artigo 3º do mesmo diploma legal. Essa proteção consumerista, com base constitucional, visa equilibrar as relações contratuais entre consumidores e fornecedores, especialmente em contextos de potencial vulnerabilidade do consumidor. No mesmo sentido, a Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça (“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão.”)

Ademais, o referido Superior Tribunal de Justiça o entendimento de que o CDC é aplicável a contratos de planos de saúde coletivos **com número reduzido de beneficiários**, especialmente microempresas e pequenas empresas familiares. Em situações como essa, é necessário conferir maior proteção ao consumidor para evitar cláusulas onerosas e desproporcionais que possam limitar o direito de livre escolha.

A propósito, a Terceira Turma do STJ, no julgamento do REsp 1701600/SP, manifestou-se no sentido de que:

(...) 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**. (REsp 1701600/SP, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 06/03/2018, DJe 09/03/2018) (destaquei em negrito)

Não se desconhece que o contrato foi firmado entre pessoas jurídicas. **Contudo, referido contrato firmado entre as partes possui características de “falso coletivo”**. Essa modalidade de plano, contratada sob a forma coletiva empresarial, tem por finalidade atender a um grupo muito restrito de pessoas – frequentemente de uma mesma família ou de um pequeno negócio –, mas opera, na prática, de maneira similar aos planos individuais, diferenciando-se apenas na formalização para atender a certas condições regulatórias.

Ainda que não seja possível formalmente reclassificar o contrato como individual ou familiar, é adequado conferir maior proteção consumerista aos contratos coletivos, como o presente, com menos de 30 (trinta) vidas, **como se observa do caso concreto em que há informação de promoção por se tratar de contrato que possui de 02 a 29 vidas (fl. 108, item “01”**, em razão da destinação restrita e do menor poder de negociação dos beneficiários.

Assim, acertada a conclusão da sentença ao aplicar o Código de Defesa do Consumidor ao caso em apreço.

Da alegada inexistência de ilegalidade na limitação de cobertura pelo rol da ANS – reconhecimento da taxatividade do rol pelo STJ.

Igual sorte não assiste à Apelante neste tópico.

Ao contrário do que se argumenta, aplicável a Súmula 102 deste Egrégio Tribunal de Justiça de São Paulo: “*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.*”.

A Eminente Ministra Nancy Andrigli, do C. STJ, em voto proferido pela julgamento do REsp 1.053.810/SP, fez a seguinte e importante observação, que ora se colaciona:

“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.”

Anote-se que tendo em vista a prescrição médica devidamente justificada para o tratamento à paciente corré (documentos de fls. 64/65 e 66/67, em especial parte final), era ônus da denunciada, ora Apelante, demonstrar a ausência dos requisitos legais para sua cobertura, nos termos da Lei, em especial, que não existiria eficácia do plano terapêutico e exames indicados, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico.

Ausente prova nesse sentido, a cobertura era mesmo obrigatória.

Não se desconhece o atual posicionamento jurisprudencial do C. STJ quanto ao Rol da ANS (EREsp n. 1.889.704/SP e 1.886.929/SP).

Contudo, a Corte Superior pacificou entendimento que: "**a jurisprudência deste Tribunal Superior é uníssona no sentido de que é abusiva a cláusula restritiva de direito que exclui do plano de saúde terapia ou tratamento mais apropriado para determinado tipo de patologia alcançada pelo contrato**" (AgRg no AREsp 488.347/SP, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 18/09/2014, DJe 26/09/2014), bem como que: "o contrato de plano de saúde pode limitar as doenças a serem cobertas **não lhe sendo permitido, ao contrário, delimitar os procedimentos, exames e técnicas necessárias ao tratamento da enfermidade constante da cobertura**" (AgRg no Ag 1355252/MG, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 24/06/2014, DJe 05/08/2014). (*grifei)

Anote-se a previsão da Lei n.º 9.656/98, com as alterações da Lei 14.454/2022:

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde,

respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:

(...)

§ 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; 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.

A operadora de saúde denunciada não se desincumbiu de provar a impertinência da prescrição médica feita à corré, limitando-se a impugnar a comprovação de eficácia e superioridade do tratamento.

Não se pode perder de vista, como exposto anteriormente, que a relação entre as partes é de consumo, portanto, a prescrição médica gera verossimilhança da alegação da eficácia de tal tratamento, à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, a permitir a inversão do ônus da prova.

Logo, não comprovou a Apelante que a doença esta excluída da cobertura contratual. Assim, não pode delimitar o tratamento, como acima se expôs.

Como dito anteriormente, o entendimento acima esposado se dá ante o que preconiza o Código de Defesa do Consumidor, que, em seu artigo 47 dispõe que as cláusulas contratuais serão interpretadas da maneira mais favorável ao consumidor.

A exclusão de cobertura do procedimento/tratamento, além de importar afronta ao princípio da boa-fé (artigo 51, inciso IV do Código de Defesa do Consumidor), representa clara afronta ao artigo 51, parágrafo 1º, inciso II do Código de Defesa do Consumidor, por colocar o consumidor em posição de desvantagem exagerada, restringindo direitos e

obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto e equilíbrio contratual.

O caso em apreço, portanto, se ajusta aos dispositivos mencionados, porquanto verificou-se a exclusão de cobertura de tratamento devidamente prescrito, o que colocou o paciente em posição de desvantagem exagerada, de modo a colocar em risco a sua saúde, o que além disso, contraria a função social do contrato nos termos do que preconiza o artigo 421 do Código Civil.

Assim, uma vez que era obrigatória a cobertura, o pagamento das despesas incorridas perante a autora pela denunciante é medida que se impõe.

Nesse sentido:

APELAÇÃO – AÇÃO DE COBRANÇA - Plano de saúde - Internação hospitalar de bebê com 9 (nove) meses de idade - Necessidade de internação urgente em razão de febre persistente - Recusa do plano quanto à cobertura em razão do período de carência - Inadmissibilidade - Inteligência do teor da Súmula n. 103 deste E. Tribunal de Justiça – Denúnciação da lide da apelante – Cabimento – Ilegitimidade afastada - Negativa de cobertura fundamentada em suposta ausência de urgência – Inadmissibilidade – Sentença mantida - Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1029519-05.2020.8.26.0001; Relator (a): Vitor Frederico Kümpel; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional I - Santana - 9ª Vara Cível; Data do Julgamento: 23/02/2023; Data de Registro: 23/02/2023)

Apelação cível. Seguro saúde. Ação monitória. Procedência da lide principal e secundária, com condenação do réu e da denunciada ao pagamento dos valores perseguidos pelo hospital autor. Inconformismo da seguradora litidenunciada. Alegada ausência de recusa. Descabimento. Prova coligida que demonstra expressa negativa em relação às despesas hospitalares, sedo autorizado apenas os honorários médicos. Valor certo e exigível, em razão dos serviços prestados pelo requerente ao réu segurado. Alegada cobertura total do tratamento e quitação da dívida. Afastamento. Seguradora que pagou apenas o valor principal do débito, sem os consectários legais. Bis in idem. Não ocorrência. Julgado que condenou a seguradora ao pagamento total da dívida, com juros e correção monetária, ressaltando os valores já adimplidos no curso do processo. Sentença mantida. Recurso desprovido. (TJSP; Apelação Cível 1023643-34.2018.8.26.0100; Relator (a): Rodolfo Pellizari; Órgão Julgador: 5ª Câmara de Direito Privado; Foro

Central Cível - 26ª Vara Cível; Data do Julgamento: 18/01/2021; Data de Registro: 18/01/2021)

AÇÃO MONITÓRIA. Plano de saúde. Necessidade de procedimento, pelo qual precisou passar o beneficiário, que não foi coberto pela denunciada. Procedência da ação e da lide secundária na qual o réu denuncia a operadora de plano de saúde. Manutenção da sentença. Provas que deram conta de que o réu tinha direito ao procedimento realizado e que não foi pago. Responsabilidade integral da operadora de plano de saúde, posto que tinha o beneficiário direito à cobertura integral. Recurso não provido. (TJSP; Apelação Cível 1022292-89.2019.8.26.0003; Relator (a): Fábio Quadros; Órgão Julgador: 4ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional III - Jabaquara - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 12/01/2021; Data de Registro: 12/01/2021)

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES. SEGURO SAÚDE. Ação de cobrança de despesas hospitalares não cobertas por seguro saúde movida pelo hospital em face do paciente. Benefício da justiça gratuita concedido ao réu. Preliminares de inadequação da via eleita, inépcia da inicial e ilegitimidade passiva afastadas. Prova documental dos serviços hospitalares prestados ao réu. Ação de cobrança procedente. Denúnciação da lide à seguradora. Admissibilidade. Obrigação da seguradora de justificar o indeferimento do pedido de reembolso integral das despesas médico-hospitalares (art. 333, II do CPC/1973). Violação do dever de informação (art. 6º, III do CDC). Lide secundária procedente. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1060682-07.2014.8.26.0100; Relator (a): Alexandre Marcondes; Órgão Julgador: 3ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 37ª Vara Cível; Data do Julgamento: 21/02/2017; Data de Registro: 21/02/2017)

Os demais argumentos invocados pela Apelante não têm o condão de infirmar a conclusão a que chegou esta Relatora.

Logo, fica mantida a sentença pelos próprios e jurídicos fundamentos, nos termos do artigo 252 do Regimento Interno do Tribunal de Justiça de São Paulo.

Por derradeiro, para fins do artigo 1.025 do Código de Processo Civil, considerando a existência de precedentes das Cortes Superiores que vêm apontando a necessidade do prequestionamento explícito dos dispositivos legais ou constitucionais supostamente violados, a fim de se evitar eventuais embargos de declaração apenas para tal finalidade, por



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

falta de sua expressa remissão no acórdão, ainda que examinados implicitamente, dou por prequestionados os dispositivos legais e/ou constitucionais suscitados pelas partes.

Em razão do que restou decidido, nos termos do que dispõe o artigo 85, §1º c/c §2º, do Código de Processo Civil, fixo os honorários advocatícios a serem pagos pela denunciante, ora Apelante em favor dos causídicos da parte ré, que apresentou contrarrazões, em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

Ante o exposto, **NÃO CONHEÇO** em parte do recurso e, na parte conhecida, **NEGO PROVIMENTO** ao recurso interposto.

É o voto.

FATIMA CRISTINA RUPPERT MAZZO

Relatora