



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000441281

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1140709-59.2023.8.26.0100, da Comarca de São Paulo, em que é apelante PORTO SEGURO - SEGURO SAÚDE S/A, são apelados LUISA ALBERIO GUERRA (MENOR(ES) REPRESENTADO(S)), EDUARDO LEAL GUERRA (REPRESENTANDO MENOR(ES)) e MELINA DE VASCONCELOS ALBERIO GUERRA (REPRESENTANDO MENOR(ES)).

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 sem voto), CORRÊA PATIÑO E JOSÉ CARLOS FERREIRA ALVES.

São Paulo, 7 de maio de 2025.

FERNANDO MARCONDES

Relator(a)

Assinatura Eletrônica

Apelação Cível nº 1140709-59.2023.8.26.0100

Apelante: Porto Seguro - Seguro Saúde S/A

Apelada: Luísa Alberio Guerra

Comarca: São Paulo - 13ª Vara Cível do Foro Central

Magistrado de origem: Luiz Antônio Carrer

Voto nº 12244

EMENTA: DIREITO CIVIL. APELAÇÃO. PLANOS DE SAÚDE. RECURSO DESPROVIDO.

I. CASO EM EXAME

1. Sentença julgou procedente o pedido do autor, condenando a ré ao custeio integral do tratamento da autora, incluindo o medicamento Selumetinibe 10mg, para conter tumores malignos, conforme relatórios médicos. A ré apelou, alegando fato novo devido ao cancelamento do contrato coletivo empresarial e perda de interesse processual. No mérito, argumentou que o medicamento não possui cobertura por não atender à Diretriz de Utilização da ANS, que o rol é taxativo e que é "off-label".

II. QUESTÃO EM DISCUSSÃO

2. A questão em discussão consiste em: (i) a alegação de fato novo pela ré, referente ao cancelamento do contrato coletivo empresarial; (ii) a cobertura do medicamento Selumetinibe, não previsto no rol da ANS e considerado "off-label".

III. RAZÕES DE DECIDIR

3. A preliminar de falta de interesse processual foi afastada, pois a demissão do titular do plano não constitui fato superveniente, já que decorreu de cobrança ilegal previamente noticiada nos autos.

4. No mérito, o Código de Defesa do Consumidor é aplicável aos contratos de plano de saúde, e a negativa de cobertura do medicamento é considerada abusiva. O rol da ANS não é taxativo, servindo apenas como parâmetro mínimo, e a decisão sobre o tratamento cabe ao médico, não podendo a operadora impor restrições que comprometam a saúde do paciente.

5. As operadoras de plano de saúde têm o dever de cobertura de fármacos antineoplásicos utilizados para tratamento contra o câncer, sendo irrelevante a natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS. A recusa de cobertura de medicamento prescrito pelo médico, ainda que em caráter experimental ou fora das hipóteses previstas na bula (off-label), é abusiva, pois não compete à operadora definir o diagnóstico ou tratamento para a moléstia coberta pelo plano. O medicamento Selumetinibe possui registro válido na ANVISA, o que reforça a obrigatoriedade de sua cobertura, conforme entendimento consolidado na jurisprudência do STJ.

IV. DISPOSITIVO E TESE

6. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: "1. A obrigatoriedade de cobertura de medicamentos antineoplásicos para tratamento de câncer independe da inclusão no rol da ANS, sendo abusiva a negativa de cobertura de medicamentos prescritos pelo médico, mesmo em uso "off-label". 2. A definição do tratamento adequado cabe ao médico, respeitando-se a boa-fé objetiva e a função social do contrato, não podendo a operadora de saúde impor restrições que comprometam a saúde do paciente. 3. A existência de registro na ANVISA para o medicamento prescrito reforça a obrigatoriedade de sua cobertura, mesmo que o uso seja "off-label", garantindo a segurança e eficácia do tratamento."

Legislação citada: Lei nº 9.656/98, art. 10, §§ 7º, 8º, 12 e 13; Código de Defesa do Consumidor.

Jurisprudência citada: REsp nº 1712163/SP, 2ª Seção, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 08/11/2018; AgInt no REsp 1849785/PR, 3ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j. 08/06/2021; STJ - AgInt no REsp: 2037487 SP 2022/0354255-2, Rel. Min. Humberto Martins, j. 26/02/2024, T3 - TERCEIRA TURMA; STJ - AgInt no REsp: 2083955 PB 2023/0234758-4, Rel. Min. Ricardo Villas Bôas Cueva, j. 18/12/2023, T3 - TERCEIRA TURMA; TJSP, Apelação Cível 1001742-02.2022.8.26.0704, Rel. Álvaro Passos, j. 11/12/2023; TJSP, Apelação Cível 1007654-22.2022.8.26.0011, Rel. Maria Salete Corrêa Dias, j. 16/06/2023; STJ, AgInt no REsp 1696149/SP, Relª. Minª Maria Isabel Gallotti, 22/05/2018; STJ, AgInt no AREsp n. 1198799/SP, Rel. Min. Lázaro Guimarães, 17/05/2018; TJSP, Ap. Cív. nº 1007548-59.2018.8.26.0477, Rel. Hertha Helena de Oliveira, 29/11/2023; TJSP, Ap. Cív. nº 1036197-30.2020.8.26.0100, Rel. Álvaro Passos, 06/07/2021.

1. Trata-se de apelação interposta contra a r. sentença **(fls. 644/648)** que assim dispôs:

Ante o exposto, JULGO PROCEDENTE o pedido do autor, com resolução do mérito, nos termos do artigo 487, I, do Código de Processo Civil, para confirmar a tutela de urgência concedida e condenar a ré no custeio e cobertura integral do tratamento da Autora, em especial o uso do medicamento oral SELUMETINIBE 10mg, visando conter o avanço dos tumores malignos, além de todos os procedimentos entendidos necessários pelos médicos da autora, indicados nos relatórios médicos apresentados (fls. 31/37). Sucumbente, arcará a parte ré com o pagamento das custas e despesas processuais, incluindo os honorários do patrono da parte autora que fixo em 10% do valor atualizado da causa.

A apelante Porto Seguro - Seguro Saúde S/A recorre **(fls. 740/754)** pela reforma, aduzindo preliminarmente que haveria fato novo, por entender que houve o cancelamento do contrato, em razão da demissão do titular do plano, culminando na perda de interesse processual; e no mérito que o rol da ANS é taxativo, não comportando cobertura do medicamento pleiteado. Contrarrazões **(fls. 761/774)**.

Remetidos os autos à Douta Procuradoria Geral de Justiça manifestou-se o *Parquet* pelo desprovimento do recurso (fls. 813/819).

É o relatório.

2. O recurso não comporta provimento.

Inicialmente, no que tange à alegação de fato superveniente, adota-se integralmente o parecer do Ministério Público, por

comungar de seus fundamentos, os quais se reputam suficientes para a análise da matéria, nada havendo a acrescentar:

“De plano, deve afastada a preliminar de falta de interesse processual, que beira a má-fé, porquanto, como bem ressaltado nas contrarrazões, a demissão do genitor da autora não pode ser considerado novo ou superveniente, haja vista que está se deu em razão da cobrança ilegal efetuada pelo plano à empresa empregadora deste, o que já havia sido noticiado nos autos (fls. 428-430). Além disso, antes da expiração do plano anterior, efetuou-se novo contrato com a apelante, efetuando-se portabilidade, sem qualquer nova carência a cumprir.”

Passa-se ao mérito.

É importante ressaltar que, conforme a Súmula 608 do C. STJ (*“Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão”*), as disposições do Código de Defesa do Consumidor são plenamente aplicáveis ao caso em análise.

É amplamente reconhecido que cabe ao médico determinar o tratamento mais adequado ao paciente, sendo vedado à operadora de saúde impor obstáculos indevidos e injustificáveis que visam exclusivamente a interesses financeiros. A restrição imposta pela requerida, em desrespeito aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do contrato, compromete o próprio propósito contratual, que é assegurar ao beneficiário o acesso a um tratamento de saúde adequado e de qualidade.

Importante lembrar que *“Uma vez coberto o tratamento de saúde, a opção da técnica a ser utilizada para sua realização cabe ao médico especialista. A cobertura do método escolhido é consectário lógico, não havendo que se restringir o meio adequado à realização do procedimento”* (AgInt no REsp 1696149/SP, 4ª Turma do Superior Tribunal

de Justiça, Rel^a. Min^a Maria Isabel Gallotti, em 22/05/2018, DJe 01/06/2018).

Além disso, *“De acordo com a orientação jurisprudencial do STJ, o plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de tratamento utilizado para a cura de cada uma, sendo abusiva a cláusula contratual que exclui tratamento quando essencial para garantir a saúde ou a vida do segurado”* (AgInt no AREsp n. 1198799/SP, 4^a Turma do Superior Tribunal de Justiça, Rel. Min. Lázaro Guimarães (Des. Conv. TRF5), julgado em 17/5/18, DJe 25/5/18).

A respeito da taxatividade do rol de procedimentos da ANS, esta não é absoluta, considerando como pressuposto lógico a necessidade de atualização contínua do referido rol de maneira prioritária e ágil, conforme previsto nos §§7º e 8º acrescentados ao art. 10 da Lei nº 9.656/98 pela Lei nº 14.307/22.

Lembre-se que, *“(...) nestas condições, inaplicável a limitação do rol de procedimentos da ANS. Tal listagem não é taxativa. Ela apenas exemplifica o mínimo obrigatório a ser assegurado aos beneficiários de planos de saúde”* (Ap. Cív. nº 1007548-59.2018.8.26.0477; 2ª Câmara de Direito Privado do TJSP; Rel. Hertha Helena de Oliveira, em 29/11/2023).

Ainda, nas palavras do eminente Desembargador Álvaro Passos, *“não há falar-se em restrição permitida por Resoluções, por não ser possível que tais normas limitem direito previsto em legislação que lhe é superior. Além disso, com o avanço rápido da medicina e de alternativas mais modernas para tratamentos convencionais, e tendo em vista que o rol da ANS é atualizado de tempos em tempos, por óbvio há uma defasagem entre a prescrição médica e a cobertura oferecida pelas seguradoras”* (Ap. Cív. nº 1036197-30.2020.8.26.0100; 2ª Câmara de Direito Privado do TJSP; Rel. Álvaro Passos, em 06/07/2021)

Importante destacar as palavras da I. Rel. Des. Hertha Helena de Oliveira no caso supracitado: *“Não prospera, igualmente, o entendimento adotado pelo MM. Juízo de suposta exclusão de cobertura contratual por se tratar de medicamento de uso domiciliar, uma vez que o simples fato de o medicamento não ser administrado em ambiente hospitalar não afasta, por si só, a responsabilidade das operadoras em custeá-lo. Com efeito, a aplicação do medicamento em ambiente domiciliar decorre da evolução da medicina, sendo prescrito como alternativa aos antigos tratamentos hospitalares, que, por óbvio, são mais desgastantes ao paciente e onerosas à própria seguradora. Desta forma, o simples avanço médico não pode ser utilizado para desobrigar as operadoras de saúde a negar tratamento de doença coberta, sob pena de desvirtuar o próprio objeto do contrato pactuado, qual seja, garantir a saúde do segurado”*

Nessa linha, precisa a lição do eminente Desembargador Francisco Eduardo Loureiro: *“É rigorosamente irrelevante que a ANS não tenha ainda catalogado o medicamento ou o tratamento ministrado ao paciente pelo médico que o assiste. Entre a aceitação da comunidade científica e os demorados trâmites administrativos de classificação, não pode o paciente permanecer a descoberto, colocando em risco bens existenciais. Evidente que não pode um catálogo de natureza administrativa contemplar todos os avanços da ciência, muito menos esgotar todas as moléstias e seus meio curativos usados pela comunidade médica com base científica”* (Planos e Seguros de Saúde in Responsabilidade Civil na Área da Saúde, Coord. Regina Beatriz Tavares da Silva, Ed. Saraiva, Série GVlaw, 2007, p. 308).

Além disso, no julgamento dos Embargos de Divergência em REsp n. 1.886.929/SP e 1.889.704/SP, firmou-se o entendimento de que o rol é apenas em regra taxativo. Com efeito, restou

pacificado que “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”, de maneira que “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”.

Ainda, os §§ 12 e 13 inseridos ao art. 10 da Lei nº 9.656/98 pela Lei nº 14.454/22 dispõem que “§ 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”, além de “§ 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”.

O medicamento possui registro válido na ANVISA, assim como pela FDA (<https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-selumetinib-neurofibromatosis-type-1-symptomatic-inoperable-%20plexiform-neurofibromas>), o que atesta sua segurança, **eficácia** e adequação para o tratamento. Esse registro é suficiente para obrigar o fornecimento, não podendo a operadora de saúde limitar o acesso ao tratamento sob a alegação de que o medicamento não consta no Rol da ANS. Esse rol, conforme entendimento amplamente aceito, não é exaustivo, mas serve apenas como parâmetro mínimo de cobertura, sendo plenamente possível a sua ampliação para atender às necessidades específicas do paciente.

Nesse sentido:

“RECURSO ESPECIAL. RITO DOS RECURSOS ESPECIAIS REPETITIVOS. PLANO DE SAÚDE. CONTROVÉRSIA ACERCA DA OBRIGATORIEDADE DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO REGISTRADO PELA ANVISA. 1. Para efeitos do art. 1.040 do NCPC: 1.1. As operadoras de plano de saúde não estão obrigadas a fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. 2. Aplicação ao caso concreto: 2.1. Não há ofensa ao art. 535 do CPC/73 quando o Tribunal de origem enfrenta todas as questões postas, não havendo no acórdão recorrido omissão, contradição ou obscuridade. 2.2. É legítima a recusa da operadora de plano de saúde em custear medicamento importado, não nacionalizado, sem o devido registro pela ANVISA, em atenção ao disposto no art. 10, V, da Lei nº 9.656/98, sob pena de afronta aos arts. 66 da Lei nº 6.360/76 e 10, V, da Lei nº 6.437/76. Incidência da Recomendação nº 31/2010 do CNJ e dos Enunciados nº 6 e

26, ambos da I Jornada de Direito da Saúde, respectivamente, A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na Anvisa, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; e, É lícita a exclusão de cobertura de produto, tecnologia e medicamento importado não nacionalizado, bem como tratamento clínico ou cirúrgico experimental. 2.3. Porém, após o registro pela ANVISA, a operadora de plano de saúde não pode recusar o custeio do tratamento com o fármaco indicado pelo médico responsável pelo beneficiário” (REsp nº 1712163/SP, 2ª Seção, Rel. Min. Moura Ribeiro, j. 08/11/2018).

Aliás, o Egrégio Superior Tribunal de Justiça entendeu que:

“o médico do segurado é quem decidirá se a situação concreta de enfermidade do paciente está adequada ao tratamento conforme as indicações da bula/manual da ANVISA daquele específico remédio, tornando inviável que a operadora do plano se negue a cobrir o tratamento sob a justificativa de que a doença do paciente não está contida nas indicações da bula, haja vista que representaria inegável ingerência na ciência médica, em prejuízo do paciente enfermo” (AgInt no REsp 1849785/PR, 3ª Turma, Rel. Min. Marco Aurélio Bellizze, j.08/06/2021).

Ainda, quanto ao fato de ser off-label, conforme entendimento da suprema corte, *é abusiva a recusa do plano de saúde quanto à cobertura de medicamento prescrito pelo médico, ainda que em caráter experimental ou fora das hipóteses previstas na bula (off-label), porquanto não compete à operadora a definição do diagnóstico ou do*

tratamento para a moléstia coberta pelo plano contratado.

Nesse sentido:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE SOB AUTOGESTÃO. NEGATIVA DE COBERTURA DE MEDICAMENTO ONCOLÓGICO OFF LABEL. ABUSIVIDADE. TAXATIVIDADE DO ROL DA ANS. DESIMPORTÂNCIA. ACÓRDÃO NO MESMO SENTIDO DA JURISPRUDÊNCIA DO STJ. SÚMULA N.83/STJ. 1. As operadoras de plano de saúde têm o dever de cobertura de fármacos antineoplásicos utilizados para tratamento contra o câncer, sendo irrelevante analisar a natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS .2. É abusiva a recusa do plano de saúde quanto à cobertura de medicamento prescrito pelo médico, ainda que em caráter experimental ou fora das hipóteses previstas na bula (off-label), porquanto não compete à operadora a definição do diagnóstico ou do tratamento para a moléstia coberta pelo plano contratado.3.O fato de não ser aplicável o CDC aos contratos de plano de saúde sob a modalidade de autogestão não atinge o princípio da força obrigatória do contrato, sendo necessária a observância das regras do CC/2002 em matéria contratual, notadamente acerca da boa-fé objetiva e dos desdobramentos dela decorrentes (AgInt no REsp n . 1.747.519/SP, relatora Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, Quarta Turma, julgado em 11/5/2020, DJe de 18/5/2020). Agravo interno improvido. (STJ - AgInt no REsp: 2037487 SP 2022/0354255-2, Relator.: Ministro HUMBERTO MARTINS, Data de Julgamento: 26/02/2024, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 29/02/2024)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. ADMISSIBILIDADE. PRINCÍPIO DA COLEGIALIDADE. OFENSA. NÃO OCORRÊNCIA. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE COBERTURA. MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO. TRATAMENTO DE CÂNCER. RECUSA ABUSIVA. ROL DA ANS. NATUREZA. IRRELEVÂNCIA. CUSTEIO. OPERADORA. HIPÓTESES. USO DOMICILIAR OU AMBULATORIAL. RESTRIÇÕES. 1. *Discute-se nos autos acerca da obrigatoriedade de cobertura pelo plano de saúde de medicamento indicado ao beneficiário para tratamento de câncer.* 2. *A decisão monocrática do relator não viola o princípio da colegialidade, tendo em vista a possibilidade de submissão do julgado ao exame do órgão colegiado, mediante a interposição de agravo interno.* 3. *É lícita a exclusão, na Saúde Suplementar, do fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, salvo os antineoplásicos orais (e correlacionados), a medicação assistida (home care) e os incluídos no Rol da ANS para esse fim.* 4. *É obrigatório o custeio pelo plano de saúde de medicamento antineoplásico para tratamento de câncer, sendo irrelevante o questionamento acerca da natureza taxativa ou exemplificativa do rol da ANS.* 5. *De acordo com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, a operadora de plano de saúde deve ofertar fármaco antineoplásico oral registrado na Anvisa, ainda que se trate de medicamento off-label.* 6. *Agravo interno não provido. (STJ - AgInt no REsp: 2083955 PB 2023/0234758-4, Relator.: Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, Data de Julgamento: 18/12/2023, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 20/12/2023)*

Isso é suficiente para demonstrar que a negativa da

operadora de saúde foi injustificada, abusiva e comprometeu a essência do contrato, configurando clara violação aos princípios da boa-fé objetiva e da função social do acordo firmado entre as partes.

Nesse sentido, com suas devidas particularidades:

CONTRATO – Prestação de serviços – Plano de saúde – Aplicação do Código de Defesa do Consumidor – Autor, menor, diagnosticado com neurofibromatose tipo 1 com neurofibroma plexiforme – Prescrição do fármaco Koselugo (Sulfato de Selumetinibe)– Negativa de fornecimento – 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 – Súmulas nº 102 desta Corte – Descabimento de limitar o acobertamento, com base em resolução ou rol da ANS – Dano moral – Imposição de R\$10.000,00 (dez mil reais), cujo montante é apto a atender à dupla função do instituto indenizatório – Suficiência – Recurso improvido. (TJSP; Apelação Cível 1001742-02.2022.8.26.0704; Relator (a): Alvaro Passos; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XV - Butantã - 2ª Vara Cível; Data do Julgamento: 11/12/2023; Data de Registro: 11/12/2023)

PLANO DE SAÚDE. Recusa da ré em autorizar o fornecimento de medicamento "SELUMETINIBE – KOSELUGO". Sentença de procedência. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. Tratamento de Neurofibromatose. Medicamento de alto custo, cuja bula está registrada na Anvisa. Relação contratual que permite possibilidade de fornecimento do medicamento em questão. Abusividade na

recusa. Aplicação da Súmula 102 deste e. TJSP. Entendimento majoritário desta Colenda Câmara. Precedentes. Sentença mantida. RECURSO DESPROVIDO. (TJSP; Apelação Cível 1007654-22.2022.8.26.0011; Relator (a): Maria Salete Corrêa Dias; Órgão Julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Foro Regional XI - Pinheiros - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 16/06/2023; Data de Registro: 16/06/2023)

Por fim, 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 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**, majorando-se para 20% a verba honorária fixada na sentença (art. 85, §11, CPC).

Fernando Marcondes
Relator