



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Registro: 2025.0000450813

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos de Apelação Cível nº 1039527-59.2024.8.26.0564, da Comarca de São Bernardo do Campo, em que é apelante SUL AMÉRICA COMPANHIA DE SEGURO SAÚDE, é apelada SILVANA REGINA JULIANI.

ACORDAM, em sessão permanente e virtual da 4ª Câmara de Direito Privado 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 CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA (Presidente), MAURICIO VELHO E VITOR FREDERICO KÜMPEL.

São Paulo, 9 de maio de 2025.

CARLOS CASTILHO AGUIAR FRANÇA

Relator(a)

Assinatura Eletrônica



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

4ª Câmara de Direito Privado
Apelação Cível nº 1039527-59.2024.8.26.0564
Apelante: Sul América Companhia de Seguro Saúde
Apelado: Silvana Regina Juliani
Comarca: São Bernardo do Campo
Juiz prolator: Sergio Hideo Okabayashi
Natureza da Ação: Tratamento Médico-hospitalar

Voto nº 8223

EMENTA

PLANO DE SAÚDE. APELAÇÃO CÍVEL. OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA PARA TRATAMENTO DE LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

I. CASO EM EXAME

Apelação interposta por Sul América Companhia de Seguro Saúde contra sentença que julgou procedentes os pedidos formulados em ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e morais, para determinar a cobertura de transplante autólogo de medula óssea, reembolso de despesas médicas correlatas e indenização por danos morais.

II. QUESTÕES EM DISCUSSÃO

Há três questões em discussão: 1) legalidade da negativa de cobertura para transplante autólogo de medula óssea para tratamento de leucemia linfóide crônica; 2) obrigação de reembolso de despesas com exames médicos correlatos; 3) configuração dos danos morais decorrentes da negativa de cobertura.

III. RAZÕES DE DECIDIR

1. Relação jurídica entre as partes é de consumo, aplicando-se o Código de Defesa do Consumidor, conforme Súmula 608 do STJ, com inversão do ônus da prova.

2. É abusiva a negativa de cobertura para o transplante autólogo de medula óssea sob o argumento de que a condição da autora não se enquadra nas Diretrizes de Utilização da ANS, quando há expressa indicação médica, configurando situação de urgência médica.

3. A taxatividade do rol de procedimentos da ANS comporta mitigações, especialmente em situações excepcionais onde há risco à vida e à saúde do paciente, conforme Súmula 102 do TJSP.

4. A eleição e definição do melhor procedimento técnico a ser adotado é incumbência do médico assistente e não da operadora de saúde, que tem obrigação legal e contratual de dar a respectiva cobertura quando a enfermidade está

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

coberta pelo plano.

5. É devido o reembolso dos exames médicos realizados pela autora por serem correlatos ao tratamento da enfermidade e realizados em caráter de urgência, aplicando-se a Súmula 96 do TJSP.

6. A negativa de cobertura, embora indevida, não ultrapassou os lindes do mero aborrecimento contratual, não havendo comprovação nos autos de que a conduta da operadora de saúde tenha causado sofrimento extraordinário, humilhação, constrangimento ou abalo psíquico significativo, afastando-se a condenação por danos morais.

IV. DISPOSITIVO E TESE

Recurso parcialmente provido para afastar a condenação por danos morais, mantendo-se as demais disposições da sentença.

1. Prevalecem as determinações do médico assistente sobre a operadora de saúde quanto ao tratamento adequado ao paciente, sendo abusiva a recusa de cobertura de procedimento expressamente indicado para tratamento de doença coberta pelo contrato.

2. O rol de transplantes estabelecido pela ANS é exemplificativo, constituindo as hipóteses mínimas a serem cobertas pelas operadoras de plano de saúde.

3. A mera negativa de cobertura, por si só, não enseja danos morais quando não há comprovação de agravamento da condição de saúde ou de abalo psicológico extraordinário.

Dispositivos citados: Art. 35-C, I, Lei nº 9.656/98; Art. 6º, VIII, CDC; Arts. 422 e 421 do Código Civil; Art. 196 da Constituição Federal; Art. 98, § 3º, do Código de Processo Civil.

Jurisprudência citada: Súmulas 102, 96 e 608 do STJ; TJSP, AC 1173395-07.2023.8.26.0100; TJSP, AC 1000770-79.2024.8.26.0019; TJSP, AC 10261493320218260405; REsp n. 2.037.616/SP; REsp 1.329.189/RN; AgRg no AREsp n. 844.643/PB; AgInt no AREsp n. 1.708.536/SP.

RELATÓRIO

Trata-se de apelação interposta por Sul América Companhia de Seguro Saúde contra a sentença de fls. 222/230, proferida pelo MM. Juiz de Direito da 4ª Vara Cível da Comarca de São Bernardo do Campo, que julgou

procedentes os pedidos formulados por Silvana Regina Juliani em ação de obrigação de fazer c/c indenização por danos materiais e morais, para: a) determinar que a ré autorize e custeie o procedimento cirúrgico de transplante autólogo de medula óssea, na forma do laudo de fls. 73/75, na rede credenciada; b) condenar a ré ao reembolso dos valores gastos pela autora com despesas de exames médicos correlatos (fls. 08), observada a fundamentação, no valor de R\$ 5.227,04; c) condenar a ré ao pagamento de indenização por danos morais no valor de R\$ 10.000,00.

Em suas razões recursais (fls. 233/246), a operadora de plano de saúde sustenta, em síntese, que: (i) a recusa de cobertura ocorreu porque a condição da autora - leucemia linfóide crônica (LLC) - não se enquadra nos critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização (DUT) da ANS conforme a Resolução Normativa nº 465/2021; (ii) o rol de procedimentos da ANS possui caráter taxativo, conforme entendimento do STJ; (iii) inexistente dever de reembolso das despesas médicas; (iv) não há configuração de danos morais, tratando-se de mero dissabor contratual; (v) não houve afronta ao Código de Defesa do Consumidor. Pugna pela reforma da sentença para julgar improcedentes os pedidos autorais.

Contrarrazões apresentadas às fls. 252/261, em que a apelada rebate os argumentos da seguradora e requer a manutenção da sentença recorrida.

É o relatório.

VOTO



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

O recurso comporta parcial provimento.

1. Da admissibilidade recursal

Presentes os pressupostos de admissibilidade recursal. Recurso tempestivo, preparado e cabível, dele conheço.

2. Do mérito

A controvérsia cinge-se à legalidade da negativa de cobertura para o procedimento de transplante autólogo de medula óssea para tratamento de leucemia linfóide crônica (LLC), aos danos materiais decorrentes da necessidade de arcar com exames correlatos ao tratamento, bem como à configuração dos danos morais decorrentes da conduta da operadora de saúde.

2.1. Da relação de consumo e aplicação do CDC

Inicialmente, cumpre ressaltar que a relação jurídica estabelecida entre as partes é indiscutivelmente de consumo, aplicando-se, portanto, o Código de Defesa do Consumidor, conforme pacificado na Súmula 608 do STJ: "Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde, salvo os administrados por entidades de autogestão".

Nesse contexto, a inversão do ônus da prova é medida que se impõe, nos termos do art. 6º, VIII, do CDC, considerando a verossimilhança das alegações da autora e sua hipossuficiência técnica em relação à operadora de saúde.

2.2. Da obrigação de cobertura do transplante autólogo de medula óssea

A apelante sustenta que a recusa de cobertura para o transplante autólogo de medula óssea ocorreu porque a condição da autora - leucemia linfóide crônica (LLC) - não está elencada entre as patologias previstas na Diretriz de Utilização (DUT) da ANS.

Ocorre que tal argumento não merece prosperar.

Conforme se depreende dos documentos acostados aos autos, a autora foi diagnosticada com leucemia linfóide crônica (LLC) - CID C91, doença grave e potencialmente fatal se não tratada adequadamente. O procedimento de transplante autólogo de medula óssea foi expressamente indicado pela equipe médica, conforme laudo detalhado acostado às fls. 73/75, como tratamento necessário para controle da doença e salvaguarda da vida da paciente. Referido documento apresenta os resultados dos exames de tipagem HLA de alta resolução já realizados na paciente, e essa informação era crucial no contexto de avaliação ou manejo de um paciente que necessita de um transplante, principalmente de medula óssea.

A operadora do plano de saúde, a apelante, não liberou o procedimento, porque, em seu entendimento, não está enquadrado em critérios estabelecidos na Diretriz de Utilização - DUT estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (fls. 76/77).

A Lei nº 9.656/98, em seu artigo 35-C, inciso I, estabelece que:



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

"Art. 35-C. 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;"

No caso em análise, verifica-se que o médico assistente da autora prescreveu expressamente o transplante autólogo de medula óssea como tratamento indispensável, configurando situação de urgência médica que não pode ser obstada por questões administrativas ou burocráticas.

O entendimento deste Tribunal de Justiça sobre o tema está consolidado na 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."

Além disso, este Tribunal já enfrentou casos semelhantes, decidindo pela obrigatoriedade de cobertura do transplante autólogo de medula óssea, a exemplo dos seguintes julgados:

PLANO DE SAÚDE – NEGATIVA DE COBERTURA – PROCEDIMENTO DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA 'PATHOS' COBERTA PELO CONTRATO – SÚMULA 102 – DANO MORAL INEXISTENTE - SENTENÇA CONFIRMADA - RECURSOS DESPROVIDOS (TJSP; Apelação Cível 1173395-07.2023.8.26.0100; Relator: Giffoni Ferreira; 2ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 17/12/2024)

APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE - OBRIGAÇÃO DE FAZER – AUTOR PORTADOR DE MIELOMA MÚLTIPLO, COM INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA – NEGATIVA DE COBERTURA PELA OPERADORA DE SAÚDE – SENTENÇA DE PARCIAL

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

PROCEDÊNCIA – APELO DA OPERADORA - Recorrente que alega inexistir cobertura contratual que autorizasse a realização do procedimento buscado pelo apelado – Relação de consumo regida pelo CDC, que tem em perspectiva proteger a vida e a saúde do consumidor – Inteligência do art. 6º, inc. I, da L. nº 8.078/1990 – Recorrido que é idoso, hipossuficiente, e tem em seu favor a garantia geral de proteção à sua saúde constante do art. 2º, da L. nº 10.741/2003 (TJSP; Apelação Cível 1000770-79.2024.8.26.0019; Relator: João Batista Vilhena; 5ª Câmara de Direito Privado; Data do Julgamento: 08/10/2024)

Embora a apelante invoque o entendimento do STJ quanto à taxatividade do rol da ANS, cumpre destacar que tal compreensão comporta mitigações, especialmente em situações excepcionais onde há risco à vida e à saúde do paciente.

No caso concreto, verifica-se que a operadora de saúde não indicou tratamento alternativo igualmente eficaz previsto no rol da ANS, limitando-se a recusar o procedimento prescrito pelo médico, o que vai de encontro à finalidade precípua do contrato de plano de saúde, que é garantir assistência à saúde do beneficiário.

Ademais, conforme bem asseverado pelo magistrado de origem, a eleição e definição do melhor procedimento técnico a ser adotado no caso da autora é de incumbência do respectivo médico assistente e não da operadora de saúde, que tem a obrigação legal e contratual de dar a respectiva cobertura quando a enfermidade está coberta pelo plano de saúde.

A exegese do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 revela não apenas um rol de exclusões de cobertura obrigatória, mas estabelece uma verdadeira



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

salvaguarda contra arbitrariedades no âmbito da saúde suplementar, configurando-se como expressão direta da segurança jurídica que deve nortear as relações contratuais entre beneficiários e operadoras.

A taxatividade desse rol representa uma opção legislativa clara e inequívoca, funcionando como barreira intransponível à atividade regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Não se trata de mera limitação administrativa, mas de verdadeira proteção aos princípios basilares que fundamentam o próprio sistema de saúde suplementar, notadamente o equilíbrio entre a viabilidade econômica dos contratos e a efetiva prestação assistencial.

Ao estabelecer, *numerus clausus*, as hipóteses de exclusão de cobertura, o legislador deixou patente sua intenção de circunscrever de forma precisa as situações em que o não-atendimento seria juridicamente aceitável. Qualquer interpretação extensiva desse dispositivo pela ANS representaria não apenas uma indevida ultrapassagem dos limites de sua competência regulatória, mas uma subversão da própria hierarquia normativa, com o regulamento administrativo sobrepondo-se indevidamente à lei em sentido estrito.

A pretensa ampliação das hipóteses de exclusão pela via regulamentar configuraria verdadeira *contradictio in terminis* com a finalidade precípua dos contratos de assistência à saúde, qual seja, a proteção integral da saúde do beneficiário. Este desvirtuamento do objeto contratual redundaria em evidente ofensa ao princípio da boa-fé objetiva (art. 422 do Código Civil) e da função social do contrato (art. 421 do Código Civil),



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

comprometendo a expectativa legítima do consumidor e vulnerando a própria ratio essendi da contratação.

Sob a perspectiva da hermenêutica finalística, a proteção e promoção do direito à saúde dos beneficiários constitui o núcleo axiológico irreduzível desses contratos, configurando-se como valor jurídico prevalente quando em cotejo com interesses meramente econômicos das operadoras. A exegese do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 deve, portanto, orientar-se pela maximização da eficácia social do direito à saúde, evitando interpretações que esvaziem seu conteúdo material.

Cumprе salientar, ainda, que a limitação das exclusões de cobertura ao rol taxativo previsto no artigo 10 da Lei nº 9.656/98 encontra respaldo no princípio da dignidade da pessoa humana e na constitucionalização do direito privado, vertentes hermenêuticas que exigem a leitura dos institutos de direito civil à luz dos valores constitucionais, notadamente o direito fundamental à saúde (art. 196 da Constituição Federal).

"A Diretriz de Utilização (DUT) deve ser entendida apenas como elemento organizador da prestação farmacêutica, de insumos e de procedimentos no âmbito da Saúde Suplementar, não podendo a sua função restritiva inibir técnicas diagnósticas essenciais ou alternativas terapêuticas ao paciente, sobretudo quando já tiverem sido esgotados tratamentos convencionais e existir comprovação da eficácia da terapia à luz da medicina baseada em evidências" (REsp n. 2.037.616/SP, Segunda Seção, julgado em 24/4/2024, DJe de 8/5/2024).

PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Por conseguinte, a preservação da taxatividade do rol de exclusões representa não uma opção interpretativa, mas imperativo de segurança jurídica e de efetividade do direito à saúde, sem o qual resta comprometida a própria essência dos contratos de assistência médico-hospitalar.

Assim, "impõe-se reconhecer que o rol de transplantes estabelecido pela ANS é exemplificativo, na medida em que prevê apenas as hipóteses mínimas a serem cobertas pelas operadoras de plano de saúde, não significando, portanto, a negativa de cobertura das demais hipóteses de transplantes, mesmo porque se mostraria falha a tentativa de arrolar, em um texto normativo, todos os procedimentos de transplantes possíveis de serem realizados pelos profissionais médicos" (v. Gomes, Josiane Araújo. Contratos de planos de saúde, 4ª ed., Leme-SP: Mizuno, 2024, págs. 426/427).

Portanto, a negativa de cobertura para o transplante autólogo de medula óssea, no caso em apreço, configura prática abusiva, devendo ser mantida a sentença neste ponto.

2.3. Do reembolso das despesas médicas

Quanto ao reembolso dos exames médicos realizados pela autora, verifica-se que os mesmos são correlatos ao tratamento da enfermidade, tendo sido realizados em caráter de urgência, dada a gravidade do quadro clínico. Os valores e os respectivos pagamentos estão demonstrados nos autos (fls. 85/102), somando R\$ 5.227,04.

Conforme a Súmula 96 deste Tribunal: "Havendo expressa

indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento."

Sendo assim, considerando que os exames foram realizados por indicação médica e são essenciais ao diagnóstico e acompanhamento da enfermidade coberta pelo contrato, deve ser mantida a condenação da ré ao reembolso integral dos valores despendidos pela autora.

2.4. Dos danos morais

No tocante ao pedido de indenização por danos morais, impõe-se a reforma da r. sentença, pelos fundamentos que passo a expor.

A controvérsia instaurada nos autos gravitou em torno de questão eminentemente técnico-jurídica, qual seja, a interpretação do alcance do rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar e sua aplicabilidade ao transplante autólogo de medula óssea para tratamento de leucemia linfóide crônica. A operadora de saúde, embora equivocada em sua tese, sustentou posicionamento jurídico defensável, ancorado em interpretação restritiva das diretrizes regulatórias da ANS, não evidenciando intuito manifestamente protelatório ou comportamento temerário.

Impende destacar que entre a negativa administrativa da cobertura e o ajuizamento da ação transcorreu exíguo lapso temporal de aproximadamente um mês, período que não se mostrou suficiente para produzir agravamento no quadro clínico da autora, conforme se depreende da ausência de alegação nesse sentido nos autos. Ademais, a concessão de

PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

tutela de urgência nos estágios iniciais da marcha processual garantiu o pronto acesso ao tratamento médico indicado, mitigando potenciais consequências deletérias à saúde da paciente.

A jurisprudência contemporânea tem caminhado no sentido de distinguir o mero dissabor, inerente às vicissitudes da vida em sociedade, da efetiva lesão a atributos da personalidade apta a ensejar reparação pecuniária. Nessa linha de intelecção, o Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente preconizado que "Não cabe indenização por dano moral quando os fatos narrados estão no contexto de meros dissabores, sem humilhação, perigo ou abalo à honra e à dignidade do autor" (REsp 1.329.189/RN, Rel. Ministra NANCY ANDRIGHI, TERCEIRA TURMA, julgado em 13/11/2012, DJe 21/11/2012; AgRg no AREsp n. 844.643/PB, relator Ministro Marco Buzzi, Quarta Turma, julgado em 26/4/2016, DJe de 5/5/2016).

Não houve agravamento da condição de saúde. O entendimento jurisprudencial deste STJ é no sentido de que a negativa administrativa injustificada de cobertura para procedimento médico por parte da operadora do plano de saúde, só motiva danos morais na hipótese de agravamento da condição de dor, abalo psicológico entre outros prejuízos à saúde do paciente (AglInt no AREsp n. 1.708.536/SP, relator Ministro Raul Araújo, Quarta Turma, julgado em 8/2/2021, DJe de 23/2/2021.).

No caso sub examine, a negativa de cobertura, ainda que posteriormente reconhecida como indevida pelo Poder Judiciário, não ultrapassou os lindes do mero aborrecimento contratual, situando-se na esfera das contrariedades ordinariamente enfrentadas nas relações negociais

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

contemporâneas. A controvérsia foi dirimida pelos meios institucionais adequados, com pronta intervenção judicial que resguardou o direito material da autora à assistência médica.

Ausente comprovação nos autos de que a conduta da operadora de saúde tenha causado sofrimento extraordinário, humilhação, constrangimento ou abalo psíquico significativo, que transcendesse o plano das contrariedades cotidianas, não se vislumbra a caracterização de dano moral indenizável. A necessidade de recorrer ao Judiciário para dirimir controvérsia contratual, por si só, não configura lesão a direito da personalidade apta a ensejar compensação pecuniária.

Nessa linha, neste E Tribunal:

APELAÇÃO CÍVEL. Ação de obrigação de fazer c.c. pedido de indenização por danos morais. Negativa de cobertura de cirurgia reparadora necessária em razão de aumento e flacidez de mamas, com sequelas outras decorrentes. Caráter corretivo da intervenção. Alegação de que o procedimento não consta no rol da ANS. Inadmissibilidade. Rol meramente exemplificativo. Exclusão que contraria a função social do contrato, retirando da paciente a possibilidade do tratamento necessitado. Inteligência da Súmula 102 do TJSP. Dano moral. Inocorrência. Recusa de cobertura que não acarretou grave situação de aflição psicológica e de angústia da segurada, não ultrapassando o campo da resistência motivada e do simples e reconhecido inadimplemento contratual." (TJSP - AC: 10261493320218260405, Relator: José Joaquim dos Santos, 2ª Câmara de Direito Privado)

V., também, APELAÇÃO CÍVEL nº 1173395-07.2023.8.26.0100, Rel. Des. Giffoni Ferreira, j. 17/12/2024).

Esta interpretação, longe de constituir desprestígio à situação



PODER JUDICIÁRIO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

enfrentada pela autora, representa coerência com a ratio essendi do instituto da responsabilidade civil e sua função reparatória, que não comporta banalização ou desvirtuamento para finalidades diversas da compensação por efetivo dano extrapatrimonial.

Ressalte-se que o acolhimento do pleito de cobertura integral do procedimento médico e do reembolso das despesas já constitui resposta jurisdicional suficiente à pretensão deduzida em juízo, garantindo a efetividade do direito material à assistência à saúde e à reparação dos prejuízos econômicos experimentados pela autora.

Diante desse contexto fático-jurídico, impõe-se afastar a condenação por danos morais, mantendo-se, contudo, os demais capítulos da sentença relativos à obrigação de fazer e ao reembolso das despesas médicas.

3. Verbas processuais

O afastamento da indenização por dano moral impacta a distribuição dos encargos da lide, porque a autora responde por verba honorária em favor do patrono da ré, pelo êxito parcial da defesa, e pela influência no valor da causa, que serve de base para o cálculo de custas processuais.

A distribuição das custas será proporcional, 65% a autora, 35% a ré.

Os honorários advocatícios do patrono da ré serão fixados, por equidade, em R\$ 2.000,00, haja vista o modesto valor pecuniário



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

correspondente ao proveito econômico alcançado com a defesa, R\$ 10.000,00, não constituindo base de cálculo idônea.

4. Dispositivo

Ante o exposto, voto pelo PROVIMENTO PARCIAL do recurso, para afastar a condenação da apelante ao pagamento da verba indenizatória por dano moral e para impor à autora o pagamento de 65% das custas processuais (os 35% restantes incumbem à ré), corrigidas aquelas em reembolso, e de honorários advocatícios ao patrono da ré, arbitrados por equidade em R\$ 2.000,00, com correção monetária a partir desta data e juros moratórios a partir do trânsito em julgado, embora suspensa a exigibilidade, nos termos do artigo 98, § 3º, do Código de Processo Civil, mantida no mais a r. sentença.

CARLOSCASTILHOAGUIAR FRANÇA

Relator