

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

APELANTE(S): UNIMED CUIABÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADO(S): MARIA HELENA DUARTE MONTEIRO PAIXÃO

Número do Protocolo: 136753/2017

Data de Julgamento: 31-01-2018

E M E N T A

APELAÇÃO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - CERCEAMENTO DE DEFESA AFASTADO - PLANO DE SAÚDE - HOSPITAL DE ALTO CUSTO EXCLUÍDO PELA COBERTURA DO PLANO DE SAÚDE - CUSTEIO DO TRATAMENTO PELA OPERADORA DO PLANO DE SAÚDE – POSSIBILIDADE – CASO DE URGÊNCIA – AUSÊNCIA DE PROVA DE QUE O TRATAMENTO PUDESSE SER REALIZADO EM INSTITUIÇÃO DA REDE CREDENCIADA – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS MANTIDOS - SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

Não configura cerceamento de defesa o julgamento antecipado da lide quando houver no processo prova bastante e suficiente para formar o convencimento do magistrado.

A cobertura do plano de saúde para tratamento em hospital de alto custo, em caso de comprovada urgência do tratamento e ausência de prova de que os procedimentos indicados pelo especialista poderiam ter sido realizados em instituição pertencente à rede conveniada do plano de saúde, deve se dar de forma integral.

Considera-se abusiva e eivada de nulidade a disposição contratual que excepciona o dever de reembolsar, mesmo nos casos de

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

urgência ou de emergência, as despesas médicas efetuadas em hospital de tabela própria, compreendido como de alto custo.

Não merece prosperar o pleito de redução do valor arbitrado a título de honorários advocatícios, quando fixados em valor razoável e dentro dos parâmetros contidos no art. 85 do CPC.

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

APELANTE(S): UNIMED CUIABÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

APELADO(S): MARIA HELENA DUARTE MONTEIRO PAIXÃO

RELATÓRIO

EXMO. SR. DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

Egrégia Câmara:

Apelação interposta pela requerida *Unimed Cuiabá - Cooperativa de Trabalho Médico*.

AÇÃO: Ordinária de Obrigação de Fazer com Tutela Antecipada, código nº 891681, proposta por *Maria Helena Duarte Monteiro Paixão* em face de *Unimed Cuiabá - Cooperativa de Trabalho Médico*, aqui apelante.

SENTENÇA: julgou procedente a ação, condenou a requerida *Unimed Cuiabá* a custear todo o tratamento do marido da autora, onde for internado, conforme determinação do médico especialista e pelo período que se fizer necessário, **bem como manteve a liminar deferida às fls. 38/39** (nº de origem).

Condenou a requerida ao pagamento de custas processuais e de honorários advocatícios arbitrados em R\$3.500,00.

APELAÇÃO: no seu apelo, fls. 269/304, nº de origem, a requerida, *Unimed Cuiabá - Cooperativa de Trabalho Médico*, sustenta cerceamento de defesa decorrente do julgamento antecipado da lide. Alternativamente, defende falta de contratação de cobertura de tratamento em hospitais que utilizem tabela própria/alto custo, não credenciados ao seu sistema e que o custeio se dê em observância aos limites das tabelas indicadas nos termos da contratação.

Defende, ainda em pedido alternativo, a diminuição do valor de R\$3.500,00 arbitrado pela sentença impugnada a título de honorários advocatícios.

Após questionamento, pede o provimento do apelo.

CONTRARRAZÕES às fls. 314/316, nº de origem.

É o relatório.

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

V O T O

EXMO. SR. DES. GUIOMAR TEODORO BORGES
(RELATOR)

Egrégia Câmara:

Apelação interposta pela requerida *Unimed Cuiabá - Cooperativa de Trabalho Médico*.

AÇÃO: Ordinária de Obrigação de Fazer com Tutela Antecipada, código nº 891681, proposta por *Maria Helena Duarte Monteiro Paixão* em face de *Unimed Cuiabá - Cooperativa de Trabalho Médico*, aqui apelante.

SENTENÇA: **julgou procedente** a ação, **condenou a requerida *Unimed Cuiabá* a custear todo o tratamento do marido da autora**, onde for internado, conforme determinação do médico especialista e pelo período que se fizer necessário, **bem como manteve a liminar deferida às fls. 38/39** (nº de origem). **Condenou a requerida ao pagamento de custas processuais e de honorários advocatícios** arbitrados em R\$3.500,00.

Buscou a autora *MARIA HELENA DUARTE MONTEIRO PAIXÃO*, aqui apelada, nesta sua Ação de Obrigação de Fazer, que a ***UNIMED CUIABÁ - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO***, aqui apelante, custeasse, no prazo de 24 horas, a remoção e o internamento do paciente *Marco Antonio Paixão*, esposo e beneficiário do plano de saúde da autora apelada, para o hospital Copa D'or, na cidade do Rio de Janeiro, bem como o tratamento médico/cirúrgico necessário ao diagnóstico decorrente da "empiema bolhoso" e, todas as despesas acessórias, inclusive com autorização da cirurgia e de todo o material necessário, conforme recomendação médica (*debrimentos sob anestesia no centro cirúrgico e curativos com esponjas e pressão negativa, etc*), sessões de enxerto de pele laminar para total cobertura da lesão com utilização de equipamento Dermatomo Elétrico Padgett, sob pena de multa diária de R\$1.000,00.

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

O cerne desta Apelação é saber se é caso de reconhecer o cerceamento de defesa decorrente do julgamento antecipado da lide da Ação de Obrigação de Fazer com Pedido de Tutela proposta em face da *Unimed Cuiabá*, aqui apelante.

Alternativamente, verificar se a requerida *Unimed Cuiabá*, aqui apelante, tem obrigação de custear o tratamento médico do esposo da apelada, em hospital de alto custo ou se o custeio deve se ater aos limites das Tabelas da Cooperativa médica, na forma da contratação.

Saber, ainda em pedido alternativo, se é caso de redução do valor de R\$3.500,00 arbitrado pela sentença impugnada a título de honorários advocatícios.

De início, não se verifica o alegado cerceamento de defesa decorrente do julgamento antecipado da lide.

Sucedem os documentos que instruíram a ação, em especial as cópias do contrato celebrado entre as partes e dos relatórios e laudos médicos já são suficientes para a solução da demanda.

Sobressai dos relatórios médicos e das fotos que instruem o feito, aquilo que a apelante alega não ter tido a oportunidade de demonstrar, ou seja, a gravidade do caso e a premente necessidade do tratamento.

De modo que há que afastada a preliminar de cerceamento de defesa, porquanto o julgamento antecipado da lide se deu com base nas provas que já haviam sido produzidas nos autos de forma bastante e suficiente para formar o convencimento do magistrado.

Posto isso, **rejeita-se a preliminar de cerceamento de defesa.**

No mérito, cumpre verificar se comporta reforma a parte da sentença que determinou que a apelante custeie integralmente o tratamento do marido da autora, realizado em hospital de alto custo.

Importante destacar que o contrato de plano de saúde tem como objeto o custeio das despesas médico-hospitalares do segurado quando acometido de

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

algum mal à sua saúde, quer mediante pagamento direto dos custos pela seguradora, quer pelo posterior reembolso.

Desse modo, diante da necessidade do tratamento, em decorrência da patologia sofrida pelo esposo da requerente (beneficiário dependente do plano de saúde), em regime de emergência, a requerida deveriam ter, de imediato, providenciado a autorização e custeio do tratamento, conforme determina o art. 35- C, inciso I, da Lei nº 9.656/98, 3º, da Resolução CONSU nº 13/98 e 3º, inciso XIV, da Resolução nº 259, da ANS, obrigação que somente foi cumprida, após a ordem judicial emanada do juízo de origem.

Há que se concluir, portanto, que a restrição à realização do tratamento, aliado à falta de estabelecimento na rede credenciada da requerida com equipamento e condições de realizar integralmente o tratamento, quando a patologia está prevista no contrato, acarreta negativa tácita de cobertura.

Portanto, se há cobertura securitária para o tratamento daquela patologia, qualquer limitação imposta à realização dos procedimentos necessários à efetivação de referido tratamento, principalmente quando não demonstra que há estabelecimento apropriado na rede credenciada, implica, na realidade, a exclusão da cobertura, o que caracteriza a conduta abusiva, descrita no art. 51, “caput”, incisos I e IV, do Código de Defesa do Consumidor.

O paciente MARCO ANTÔNIO PAIXÃO, beneficiário dependente do plano de saúde celebrado por sua esposa MARIA HELENA DUARTE MONTEIRO PAIXÃO, ao ser atendido no HOSPITAL CASA DE PORTUGAL, este **devidamente credenciado pela requerida**, conforme se verifica da lista por ela própria colacionada (fls. 74), foi examinado pelos médicos PAULA AVILA DE LIMA NORONHA – CRM 52.49302-1 (fls. 18) e RONALDO ROZENBAUM – CRM 52-38062-1 (fls. 19) que apontaram tanto o risco para o paciente, quanto necessidade imediata de tratamento com médicos e equipamento especializado, não encontrado naquele hospital e nem em outro da rede credenciada. No mesmo ato, o médico indicou como local apropriado para a realização do tratamento os Hospitais São Lucas ou Copa

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

D'Or, ambos considerados de alto custo pelos padrões da requerida, porém os únicos que possuíam equipe treinada e experiente no tratamento e dotado dos equipamentos necessários para a sua realização. Logo, os únicos habilitados a oferecer maior segurança e tratamento adequado ao paciente na realização de procedimentos de enxerto indispensáveis à sua recuperação.

A sentença, ao analisar o caso, entendeu pela procedência do pedido e ressaltou a ilegitimidade da recusa de cobertura, já que é aplicável à espécie o Código de Defesa do Consumidor e a tutela protetiva do consumidor, submetido a uma contratação de adesão e portado, deve ter em seu benefício uma interpretação conduzida de acordo com os princípios da boa-fé objetiva e função social do contrato.

Por outro lado, a requerida não produziu prova documental idônea da disponibilidade de entidade hospitalar e médico especializados, capaz de garantir o tratamento do paciente.

O relatório do médico SINÉZIO DE SOUZA FILHO que o atenderia no Hospital Copa D'Or, ratificou a emergência do tratamento e excelência da equipe médica e do equipamento para tratamento do paciente (fls. 20). Este, somado ao fato de que a requerida não providenciou a indicação de qualquer clínica ou hospital na qual pudesse o paciente ser devidamente atendido, realizando o procedimento indicado pelo médico especialista, afastam a restrição de cobertura em razão do local de realização do tratamento, porquanto reputado como abusivo, ainda mais quanto importa em negativa do tratamento.

As provas apresentadas, a saber relatórios médicos e registros fotográficos, ratificaram a gravidade do quadro clínico diagnosticado e, principalmente, trouxeram a confirmação da imprescindibilidade da prescrição do médico, no sentido de que os meios técnicos, recursos humanos e materiais, exigidos pela condição do paciente seriam encontrados apenas no internamento nos Hospitais São Lucar ou Copa D'Or, tecnicamente compatíveis com a gravidade da patologia e a natureza da terapêutica que se fazia necessária para o controle e prevenção de um quadro irreversível ao paciente.

Portanto, a internação do paciente em hospital situado na capital

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

carioca, de renome, não se caracterizou, no caso, como uma consequência da livre escolha do paciente ou de seus familiares ou dos médicos que o atenderam no hospital credenciado, mas sim uma necessidade decorrente do seu estado clínico.

O poder de decisão da autora e do médico que atendeu o seu marido foi diminuída pelo alto grau de comprometimento da integridade física do paciente e, também, pela falta de disponibilidade dos serviços necessários na rede credenciada da Unimed naquela localidade.

O corpo médico que analisou as condições do paciente nos tratamentos iniciais já haviam sinalizado que o prosseguimento do tratamento exigiria remove-lo para um centro hospitalar de excelência, com equipe médica igualmente especializada ao tratamento. As requeridas, ressalte-se novamente, não juntaram quaisquer documentos a fim de comprovar a existência de médicos especializados no tratamento em tela em sua rede de atendimento, sequer indicaram qualquer profissional credenciado ou clínica ou hospital disponível. Portanto, só restou à autora e ao paciente, socorrerem-se do tratamento oferecido pelo hospital de alto custo.

Nesse sentido:

“Apelação. Plano de saúde. Obrigação de fazer. Pedido de autorização à realização de cirurgia para correção de cardiopatia congênita em paciente recém-nascida, em hospital situado na capital paulista e dotado de especialização em cardiologia pediátrica, alegadamente dentro da área de credenciamento de outra Unimed, face ao histórico de complicações oriundos de atendimento anterior prestado em Belo Horizonte-MG. Sentença de procedência. Inconformismos das rés Unimed Uberlândia e Central Nacional Unimed. Não provimento. Sentença mantida por seus próprios fundamentos (artigo 252, RITJSP). 1. Apelo da corré Unimed Uberlândia não provido. 1.1. O quadro clínico da beneficiária do plano, bebê portadora de patologia cardíaca, implicava em tratamento especializado e singular. Diante do agravamento da doença e histórico de complicações não resolvidas no tratamento realizado na rede credenciada, justificado o acesso a hospital localizado em Estado da federação distinto daquele em que opera a Unimed Uberlândia. 1.2. Cobertura fora da rede credenciada deve ser restrita a casos de urgência e emergência, cumulativamente à constatação de inviabilidade de tratamento em rede credenciada. Do conjunto probatório é possível atestar o preenchimento desses requisitos, a resultar na ordem de determinar o reembolso e custeio integral das despesas médico-hospitalares decorrentes do internamento do

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

paciente em hospital situado na capital paulista, interno à rede credenciada da Central Nacional Unimed, que funciona em sistema de intercâmbio com a corré-apelante Unimed Uberlândia. 2. Apelo da corré Central Nacional Unimed não provido. 2.1. Rejeitada alegação preliminar de ilegitimidade passiva ad causam. Legitimidade passiva ad causam da Central Nacional Unimed reconhecida à vista da relação de reciprocidade e colaboração entre as pessoas jurídicas que integram o Sistema Unimed, irrelevante a ausência de contrato formalmente firmado diretamente com o usuário/destinatário final do serviço. Aplicação da Súmula nº 99 deste E. Tribunal. 2.2. Adota-se no mérito a mesma solução preceituada quanto ao apelo da outra corré Unimed Uberlândia. 2.3. Inconformismo quanto à multa aplicada pelo juízo às corrés, devido ao descumprimento da decisão concessiva da tutela provisória de urgência. Descabimento. 3. Recursos de apelação das corrés desprovidos”. (TJSP; Apelação 1117192-69.2016.8.26.0100; Relator (a): Piva Rodrigues; Órgão Julgador: 9ª Câmara de Direito Privado; Foro Central Cível - 22ª Vara Cível; Data do Julgamento: 14/11/2017; Data de Registro: 16/11/2017)

“APELAÇÃO – PLANO DE SAÚDE – Ação de obrigação de fazer, com pedido de tutela antecipada, ajuizada pelo beneficiário para o fim de compelir o plano de saúde ao custeio de procedimento cirúrgico de alto risco, a ser realizado em hospital de alto custo, indicado para o tratamento de aneurisma – Plano contratado com limitação geográfica, exceto para os casos de atendimento de urgência ou de emergência – Cirurgia indicada em caráter de urgência e com exigência de profissionais e hospital altamente especializados – Deficiência técnica e estrutural do atendimento da rede de abrangência geográfica credenciada comprovada – Plano de saúde, por outro lado, que não demonstrou a capacidade dos profissionais indicados fora da abrangência geográfica – Recusa à autorização de cirurgia necessária ao argumento da restrição da área contratada, quando nesta não há equipe capacitada, que equivale à própria recusa de cobertura de tratamento da doença – Caráter urgencial e indisponibilidade técnica do plano que excepcionam a limitação contratual – Sentença de procedência mantida – NEGARAM PROVIMENTO AO RECURSO”. (TJSP; Apelação 1024119-04.2015.8.26.0577; Relator (a): Alexandre Coelho; Órgão Julgador: 8ª Câmara de Direito Privado; Foro de São José dos Campos - 5ª Vara Cível; Data do Julgamento: 04/08/2017; Data de Registro: 04/08/2017)

Também nesta Corte:

“APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS – SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA – HOSPITAL DE ALTO CUSTO – NEGATIVA DE CUSTEIO DE TRATAMENTO – DETERMINAÇÃO EXTRA PETITA DE REESTABELECIMENTO DO PLANO — INDENIZAÇÃO POR

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

DANO MORAL REDUZIDA – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS REDUZIDOS – RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. 1. Revelando-se de urgência/emergência o tratamento buscado, é obrigação da operadora do plano de saúde custear as despesas, mesmo que o nosocômio seja considerado de alto custo e fora da área de abrangência da prestadora. 2. A recusa injustificada pela operadora de plano de saúde em custear tratamento a que esteja legal e contratualmente obrigada constitui dano moral indenizável. 3. Se o reestabelecimento do plano não foi pedido na ação, e a exclusão do plano foi solicitada por parte do próprio apelado, a sentença julgou além do objeto da ação. 4. Ao fixar honorários advocatícios, compete ao magistrado considerar a expressão econômica da demanda, a responsabilidade do advogado, a demora na solução da lide e a importância da causa (CPC, art. 85, § 2º)”. (Ap 93707/2016, DES. JOÃO FERREIRA FILHO, PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 19/09/2017, Publicado no DJE 26/09/2017)

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PRELIMINAR DE CERCEAMENTO DE DEFESA – REJEITADA – CUSTEIO DE TRATAMENTO EM HOSPITAL DE ALTO CUSTO – COMPROVAÇÃO DE NECESSIDADE E URGÊNCIA - DIREITO DO CONSUMIDOR – HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – PREQUESTIONAMENTO – INADMISSIBILIDADE - SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

Em se tratando de contrato de adesão submetido às regras do CDC, a interpretação de suas cláusulas deve ser aquela mais favorável ao consumidor, bem como devem ser consideradas abusivas as cláusulas que visam a restringir procedimentos médicos (STJ REsp. 183719/SP).

Afigura-se absolutamente eivada de nulidade a disposição contratual que excepciona o dever de reembolsar mesmo nos casos de urgência ou de emergência, as despesas médicas efetuadas em hospital de tabela própria, compreendido como de alto custo (STJ REsp 1286133 / MG).

Revelando-se de urgência e emergência o tratamento buscado, inclusive com indicação de profissional especialista, é obrigação da operadora do plano de saúde custear as despesas, mesmo que o nosocômio seja considerado de alto custo e fora da área de abrangência da prestadora.

Não é razoável reduzir honorários advocatícios, quando arbitrados adequadamente, sem o risco de aviltar a remuneração do profissional.

A exigência de prequestionamento para a interposição de recurso especial ou extraordinário deve ser cumprida pela parte e não pelo órgão julgador”. (Ap 67773/2017, DES. SEBASTIÃO BARBOSA FARIAS, PRIMEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 19/09/2017, Publicado no DJE 25/09/2017)

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER – PLANO DE SAÚDE – NEGATIVA DE COBERTURA DE INTERNAÇÃO FORA DA ÁREA DE ATUAÇÃO EM HOSPITAL DE ALTO CUSTO – CONTRATO DE ADESÃO – ABUSIVIDADE EVIDENCIADA – PREVALÊNCIA DO BEM MAIOR À VIDA E À SAÚDE – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO.

Necessário se faz interpretar o instrumento contratual em prol do bem maior, vida e saúde do consumidor, devendo ser refutada a ausência de previsão para tratamento em Hospital de Alto Custo, uma vez que não se pode admitir que questões financeiras e/ou contratuais se sobreponham a bens juridicamente mais relevantes, abarcados pela proteção constitucional”. (Ap 59312/2017, DESA. CLEUCI TEREZINHA CHAGAS PEREIRA DA SILVA, TERCEIRA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Julgado em 16/08/2017, Publicado no DJE 23/08/2017)

Neste passo, a cobertura fora da rede credenciada deve ser integral e deferida em casos de urgência e emergência, quando cumulativamente se constata inviabilidade de tratamento em rede credenciada. Este o caso dos autos, principalmente por apresentar caráter emergencial, dado o risco de complicações a que estava submetido o paciente, e mais ainda quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela operadora.

Acertada, portanto, a aplicação do art. 12, IV, da Lei nº 9.565/98 à espécie, que obriga o plano de saúde a reembolsar as despesas com tratamento de urgência quando não for possível a utilização dos serviços credenciados.

Nessa medida, ainda que não credenciada a equipe médica responsável pelo tratamento, também deve haver o custeio integral os honorários médicos, já que reconhecida a inviabilidade da rede credenciada do contrato de promover o atendimento, o que torna abusiva a recusa de cobertura, nos termos da fundamentação acima.

De sorte que tanto o custeio do tratamento junto ao Hospital Copa D’Or, quanto o reembolso de qualquer quantia paga pela autora ou seu marido em decorrência do referido tratamento, deverá ser integral, como determinado na sentença combatida.

Por fim, não prospera o pleito de redução do valor arbitrado a título de honorários advocatícios, porquanto fixados em valor razoável e dentro dos

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

parâmetros contidos no art. 85 do CPC.

Tendo em vista o trabalho adicional desenvolvido pelo patrono da autora, ora apelada, em decorrência da interposição dos presentes recursos, impõe-se a majoração dos honorários advocatícios fixados na sentença de R\$3.500,00 para R\$4.000,00 (quatro mil reais), com fundamento no artigo 85, parágrafo 11, do Código de Processo Civil.

Com estas considerações, **nega-se provimento ao apelo, para manter a sentença que condenou a requerida, ora apelante, a custear todo o tratamento do marido da autora, onde o mesmo estiver internado, conforma a determinação do médico especialista, e pelo período que se fizer necessário.**

É como voto.

QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO
APELAÇÃO Nº 136753/2017 - CLASSE CNJ - 198 COMARCA CAPITAL
RELATOR: DES. GUIOMAR TEODORO BORGES

A C Ó R D ã O

Vistos, relatados e discutidos os autos em epígrafe, a QUARTA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO do Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso, sob a Presidência do DES. RUBENS DE OLIVEIRA SANTOS FILHO, por meio da Câmara Julgadora, composta pelo DES. GUIOMAR TEODORO BORGES (Relator), DESA. SERLY MARCONDES ALVES (1ª Vogal) e DES. RUBENS DE OLIVEIRA SANTOS FILHO (2º Vogal), proferiu a seguinte decisão: **RECURSO DESPROVIDO, À UNANIMIDADE.**

Cuiabá, 31 de janeiro de 2018.

DESEMBARGADOR GUIOMAR TEODORO BORGES - RELATOR