



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

VOTO Nº : 33946
APELAÇÃO Nº: 0210603-30.2009.8.26.0004
COMARCA : SÃO PAULO
APTES. : [REDACTED]
APDO. : [REDACTED]

JUIZ SENTENCIANTE: SIDNEY TADEU CARDEAL BANTI

“APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. Ação de indenização por danos morais. Recurso interposto pelos autores em face de sentença de improcedência. Acolhimento. Familiar dos autores que permaneceu internado no hospital-réu durante um mês, com pedido de transferência à rede pública por ausência de recursos financeiros. Transferência realizada em 28/08/2009. Paciente que veio a óbito poucas horas depois da remoção. Laudo pericial inconclusivo ante a ausência de documentação essencial para análise das condições de transferência do periciando e se o mesmo possuía condições de transporte na ocasião. Ônus de apresentação de tais documentos que recaía sobre o hospital-réu que, apesar de intimado a apresentá-los, não o fez. Relatório de transferência indicado pelo réu que não permitiu os esclarecimentos necessários para confecção de laudo pericial. Elementos dos autos, ademais, que consubstanciam indícios seguros de que a transferência do paciente, ao menos, foi realizada sem a devida cautela e adequação material que o caso exigia, mormente considerando a gravidade do estado de saúde do paciente. Sinais vitais alterados ao ingressar na rede pública. Responsabilidade civil configurada, com o consequente dever de indenizar. Valor fixado em R\$ 30.000,00 para cada autor, que se reputa razoável às peculiaridades do caso concreto, bem assim à gravidade da conduta lesiva e à capacidade econômico-financeira do agressor. Sentença reformada. Ônus de sucumbência que recai sobre o réu. Aplicação da Súmula 326 do C. STJ. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.”. (V. 33946)

Trata-se de *ação de indenização por danos morais* ajuizada por [REDACTED] e [REDACTED]



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

sentença ou por sua reforma, a fim de que o pedido inicial seja julgado totalmente procedente, com a consequente inversão do ônus de sucumbência.

O recurso é tempestivo e regularmente processado, observada a gratuidade judiciária. As contrarrazões foram apresentadas (fls. 722/728).

Realizada intimação sobre a possibilidade de julgamento virtual, não foi registrada oposição.

É O RELATÓRIO.

1. Em breve síntese, narram os autores **[REDACTED]**, familiares de **SÉRGIO**, falecido em 28/08/2009 (vide certidão de óbito de fls. 45), que em 21/07/2009, **SÉRGIO**, com fortes dores, foi levado a um hospital da rede pública (**[REDACTED]**), ocasião em que a internação foi recusada por falta de vagas e, diante da gravidade do caso, os prepostos daquele nosocômio indicaram o hospital-réu.

Nas dependências do réu **[REDACTED]** foi diagnosticado a **SÉRGIO** a “Síndrome de Fournier”, motivo pelo qual ele foi imediatamente submetido a uma cirurgia, mediante a exigência de um cheque-caução no valor de R\$ 8.000,00. Em paralelo, a filha **[REDACTED]**, ciente de que o pai não possuía plano de saúde e que a família não tinha capacidade financeira de custear as despesas de um hospital particular, firmou perante o réu declaração de procura de vaga na rede pública (fls. 26), a fim de que seu genitor fosse transferido para hospital público assim que possível.

Dois dias após a internação de **SÉRGIO**, foram pagos R\$ 4.000,00 a título de honorários médicos de cirurgia e o cheque-caução foi depositado. Sem mais recursos financeiros, os autores insistiram pela transferência do



PODER JUDICIÁRIO
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

familiar à rede pública, tendo a autora [REDACTED] inclusive lavrado boletim de ocorrência para preservação de direitos (fls. 41/42), o que somente ocorreu em **28/08/2009**.

Os autores afirmam, no entanto, que a transferência levada a efeito em **28/08/2009** não poderia ter sido realizada naquela ocasião, pois a saúde do familiar **SÉRGIO** não comportava a remoção, especialmente em razão das sérias dificuldades respiratórias que apresentava. Não por outro motivo, o óbito ocorreu duas horas após a chegada do familiar no [REDACTED], pertencente à rede pública de saúde.

A partir destes fatos, apontando a falha na prestação de serviço do hospital-réu, que teria transferido o paciente ao se dar conta de que os autores realmente não tinham mais recursos financeiros, requereram indenização por danos morais no valor de 100 salários mínimos para cada um dos autores.

A causa de pedir apresentada pelos autores, com isso, reside na eventual responsabilização do hospital-réu em decorrência de: **(i)** não ter efetuado a transferência de **SÉRGIO** precocemente, no dia da solicitação pela família em 21/07/2009 (fls. 26), ocasião em que os autores afirmam que ele possuía condições de enfrentar a transferência com segurança; **(ii)** em paralelo, ter sido a transferência realizada quando o paciente não tinha mais condições e de maneira inadequada, especialmente em razão dos problemas respiratórios, o que acarretou a morte do familiar poucas horas depois de ter dado entrada na rede pública.

Durante a instrução processual, foram realizadas duas perícias pelo IMESC, sendo a última acompanhada de duas complementações. Realizou-se, ainda, a oitiva de testemunha dos autores (fls. 592).

Ao final da instrução, o Juízo de origem julgou o pedido inicial improcedente, ante a ausência de demonstração do nexo de causalidade entre a transferência do



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

familiar dos autores e o seu óbito.

2. Respeitado o entendimento do juízo de origem, a sentença comporta reparo.

O primeiro laudo pericial realizado, em **06/05/2015** (fls. 259/269), pelo Dr. **LUIZ GUILHERME BARBARISI GOMES JUNIOR**, apontou as seguintes conclusões:

“Diante do exposto conclui-se que:

a. Baseado nos documentos remetidos ao IMESC é possível afirmar que o periciado apresentou em 21/07/2009 quadro de Síndrome de Fournier (Fasciíte necrosante – CID-10: M72.6). Confirmado o diagnóstico, foi corretamente submetido à terapêutica cirúrgica de desbridamento e confecção de colostomia, cuidados intensivos e medidas gerais.

b. Destaca-se que no dia 28/08/2009, o periciado não apresentava sinais clínicos que contraindicasse a transferência hospitalar. Ainda, consta descrito em ficha de admissão do conjunto hospital do Mandaqui que o mesmo encontrava-se em regular estado geral.

c. Em face do parecer 19/99 do CFM não cabe ao Perito manifestações sobre a culpa strictu sensu, no entanto este Perito não encontrou qualquer conduta discrepante de boa prática médica;

d. Não há, nas cópias dos prontuários médicos encaminhadas, documentação médico-legal objetiva que permita fazer outras considerações.”

Contudo, para embasar tais conclusões, o i. perito teceu considerações em abstrato sobre a doença que acometeu **SÉRGIO**, não tendo apresentado qualquer dado ou circunstância relacionados ao paciente, bem assim não tendo analisado as circunstâncias concretas de como a transferência se deu.

Por conseguinte, o Juízo de origem



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

consignou a necessidade de nova perícia “*a qual analisará o caso e notoriamente a transferência e como ela se deu*” (fls. 485).

Sobreveio o laudo confeccionado pelos Doutores **RAUL TELERMAN** (especializado em cirurgia plástica) e **AMER MOHAMAD ABOUJOKH** (especializado em medicina legal e nefrologia) em **18/10/2016**, com as seguintes conclusões (fls. 543/557):

LAUDO - DR. RAUL TELERMAN:

“Diante do exposto conclui-se que:

- *Há nexos de causalidade entre as cirurgias efetuadas e a gravidade da patologia descrita;*
- *A descrição de cada uma das cirurgias realizadas evidenciou que a sua execução obedeceu aos preceitos e protocolos existentes;*
- *As cirurgias efetuadas foram necessárias e realizadas no devido tempo de evolução da patologia principal.”*

LAUDO - DR. AMER ABOUJOKH:

“Diante do exposto conclui-se que:

- 1 - *O periciando era portador de diabetes melitus, hipertensão arterial e obesidade, tendo apresentado quadro de Síndrome de Fournier.*
- 2 - *O periciando foi atendido nas dependências da requerida tendo permanecido internado no referido nosocômio no período de 21/07/2009 a 28/08/2009.*
- 3 - *No primeiro dia de internação os familiares manifestaram seu desejo de transferência do periciando para um serviço público, conforme anotação em prontuário.*
- 4 - *O atendimento prestado pela equipe médica seguiu os ditames da boa prática médica.*
- 5 - *A solicitação oficial, com preenchimento de formulário específico para transferência do periciando, foi efetivada em 25/08/2009.*
- 6 - *A remoção do periciando foi realizada em*



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

28/08/2009 sendo que o mesmo veio falecer nesta mesma data.

7 – Não foram encontradas justificativas técnicas que pudesse impedir a transferência do periciando, de forma precoce, conforme solicitação inicial dos familiares, para um serviço público.”.

O laudo confeccionado pelo perito Dr. **AMER** procedeu a uma análise acurada do quadro clínico do paciente **SÉRGIO** durante sua internação no hospital-réu, no entanto, assim como no laudo confeccionado pelo Dr. **RAUL**, não houve análise dos pontos cruciais para o deslinde do feito, quais sejam, o quadro de saúde do paciente para fins da transferência levada a efeito no dia de seu óbito, bem assim de como a transferência se deu.

Observo que o laudo do Dr. **RAUL** realizou entrevista com a autora **[REDACTED]** e consignou no relato que na ambulância que transferiu **SÉRGIO** houve o acompanhamento de uma funcionária, que não sabe se era médica ou não, bem assim que os médicos do **HOSPITAL MANDAQUI**, nosocômio que recebeu o paciente, comentaram após o óbito que não havia condições para a realização da transferência do modo como a mesma foi feita:

“(…) No último dia de permanência no Hospital Metropolitano, apresentou quadro de confusão mental, permanecendo no quarto mesmo com esta piora. Ambulância para transferência paga pelos familiares, filha acompanhou e, presentes durante a transferência uma funcionária (não sabe se era médica ou não) e o motorista. Informa que foi realizado monitoramento durante a transferência, porém não foi feita medicação alguma; a seu ver, houve piora do estado do paciente durante a transferência entre os hospitais.

(…) Relatam que vários médicos do Hospital do Mandaqui comentaram que não havia condições para a realização da transferência do modo como a mesma foi feita.”.

Após a manifestações das partes, o Juízo de origem determinou o retorno ao perito Dr. **AMER** para que esclarecesse os pontos levantados pela parte autora e



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

descrevesse com detalhes a transferência e como ela se deu.

Em resposta à complementação solicitada, em **25/03/2018**, o perito consignou (fls. 608/611):

“Em resposta aos questionamentos do representante legal da requerente informo que: (...)

2. *[Esclareça se a transferência de um paciente, com níveis de pressão arterial e frequência cardíaca instáveis é recomendável ou se necessário se faria proceder a sua estabilização prévia, eventualmente com a retomada de medicação vasodilatadora.]*

No caso de instabilidade hemodinâmica é indicado o emprego de medidas para estabilização do quadro (emprego de drogas vasoativas e expansão volêmica), além do fato de a remoção do paciente necessitar ser realizada em ambulância UTI, após a estabilização do quadro hemodinâmico.

3. *Em relação ao quadro respiratório, há a descrição de respiração superficial, de forma persistente, desde o dia 29/04/2009. A presença de tosse produtiva foi relatada desde 30/07/2009, às 09hs09min.*

A presença de secreção mucopurulenta, na aspiração das vias aéreas superiores, foi descrita a partir do dia 08/08/2009 às 22hs05min.

4. *[Esclareça se a remoção por intermédio de uma ambulância se mostrava prudente naquelas circunstâncias e se não seria recomendável que o paciente fosse entubado durante a remoção, de forma a proporcionar maior segurança ao procedimento e conforto respiratório ao Sr. Sérgio.]*

A realização de proteção das vias aéreas preservando a ventilação adequada é sempre recomendada. Quando o paciente não consegue proteger suas vias aéreas fisiologicamente, é indicado o emprego de recursos para manter as vias aéreas prévias e com boa ventilação.

5. (...)

Em relação à internação ocorrida no Hospital Mandaqui no dia 28/08/2009, às 14hs58min, o periciando foi internado na enfermaria da clínica cirúrgica, sendo que o periciando se apresentava em regular estado geral, consciente mas não contactuante. Apresentava frequência cardíaca: 100bpm, frequência respiratória: 26ipm.

No abdome foi verificada deiscência de sutura



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

na ferida pré operatória, presença de secreção purulenta, tendo sido aventadas as hipóteses de Síndrome de Fournier e Síndrome de resposta inflamatória sistêmica da septicemia.

Foi indicada discussão com a equipe médica assistente a necessidade de suporte intensivo.

Às 20hs30min o periciando evoluiu com insuficiência respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica, sendo que o periciando evoluiu com parada cardiorrespiratória e onde foram realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar sem sucesso.

O óbito ocorreu às 21h37min.

O quadro clínico evidenciou a necessidade de suporte intensivo.”.

Após os esclarecimentos complementares do perito, o Juízo de origem consignou que o perito não foi claro quanto aos esclarecimentos determinados, motivo pelo qual reiterou a análise acerca de **“se efetivamente era possível, naquele momento, realizar a transferência com segurança.”** (fls. 630).

Em observância aos esclarecimentos solicitados, consoante fls. 636/638, em 20/09/2018, o Dr. **AMER** consignou:

“Nos documentos enviados ao IMESC não consta a ficha de remoção da ambulância com os dados vitais e suas condições de chegada do periciando no Hospital Mandaqui com os dados vitais desde a saída do Hospital Metropolitano até sua chegada ao Hospital Mandaqui.

No dia 28/08/2009 as anotações encontradas no prontuário do Hospital Metropolitano, referentes às condições do periciando, quanto a fisioterapia respiratória, evidenciava respiração superficial com necessidade de máscara de oxigênio, sendo que o periciando apresentava grande quantidade de secreção mucopurulenta.

Quanto à parte laboratorial, o periciando apresentava (...).

Os sinais vitais, anotados na enfermaria do



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

hospital Metropolitano, mostraram pressão arterial: 90 x 60 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, temperatura 36° C e frequência respiratória 20 ipm.

Na chegada ao Hospital Mandaqui, onde foi admitido às 14hs00min, o periciando se encontrava dispneico, com pressão arterial: 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca 115 bpm e temperatura de 36,4° C.

Sua admissão na enfermaria mostrava o periciando em regular estado geral, descorado, consciente, porém não contactuante, com frequência respiratória de 26 ipm.

Diante disso, fica prejudicada a análise das condições de transferência do periciando e se o mesmo tinha condições de transporte na referida data.”.

3. Da análise dos elementos dos autos e do conteúdo dos laudos periciais mencionados, constata-se que o segundo laudo pericial, em sua última complementação, foi **inconclusivo** acerca das condições de transferência do periciando e se o mesmo tinha condições de transporte para o hospital público em 28/08/2009, ante a **ausência de documento essencial** para tanto, qual seja, a “*ficha de remoção da ambulância com os dados vitais e suas condições de chegada do periciando no Hospital Mandaqui com os dados vitais desde a saída do Hospital Metropolitano até sua chegada ao Hospital Mandaqui.*”.

Assim, a prova pericial não descartou a possibilidade de que o paciente, de fato, não estivesse em condições de saúde que possibilitassem sua transferência sem incremento de riscos, bem assim não descartou que as condições efetivadas ao seu transporte possam ter corroborado para o óbito que sobreveio no dia da transferência. A conclusão segura a esse respeito se tornou inviável diante da ausência da ficha de remoção da ambulância com os dados essenciais que mostrariam se houve o acompanhamento médico e os equipamentos indispensáveis de que **SÉRGIO** necessitava durante o transporte.

Nesse cenário, sobressai a verificação de que os documentos essenciais e faltantes para análise pericial



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

deveriam ter sido apresentados pelo hospital-réu, pois estão em seu poder ou deveriam estar, mas não o foram.

O Juízo de origem determinou expressamente ao réu a apresentação do prontuário integral do paciente, em letra legível ou transcrito (fls. 285). Não obstante, verifica-se ainda que o Juízo de origem, após oficial diversas vezes os órgãos públicos para obter o relatório de transferência hospitalar do paciente, a pedido do IMESC, obtendo a informação de que o hospital-réu não está sob a gestão administrativa da autarquia hospitalar municipal, sendo uma instituição privada (fls. 240), deparou-se com a informação do réu de que o relatório estaria às fls. 43 dos autos.

Este único documento carreado aos autos acerca da transferência hospitalar (fls. 43) é apenas um relatório ao **HOSPITAL MANDAQUI** relatando, resumidamente, pelo Dr. **SANDRO LOUREIRO**, os procedimentos realizados na instituição privada e os medicamentos que estavam sendo recebidos pelo paciente. O hospital-réu, com isso, indicou como relatório de transferência hospitalar para o IMESC pouco documento que não possibilitou conclusões periciais.

O requerido não se desincumbiu, portanto, do ônus que lhe foi atribuído pelo Juízo de origem de possibilitar os meios necessários para a avaliação pericial da regularidade da transferência de **SÉRGIO**, realizada em **28/08/2009**. Tal ônus, no caso em tela, acertadamente pertenceu ao réu, porque apenas ele estaria na guarda desta documentação.

Entendimento diverso oporia aos autores a produção de prova impossível (diabólica), pois os autores não possuem e nem poderiam possuir em seu poder os documentos faltantes e essenciais à avaliação pericial, bem assim possuem notória hipossuficiência técnica para comprovar a falha na prestação de serviço, motivo pelo qual acertadamente o ônus de apresentá-los durante a instrução processual coube ao réu.

O requerido, ademais, ao se manifestar



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

acerca do laudo pericial inconclusivo (fls. 646/653) não fez qualquer referência acerca da ausência da documentação mencionada, limitando-se a reiterar a ausência de ato ilícito e nexos de causalidade entre os fatos narrados pelos autores e o óbito de **SÉRGIO**.

4. Com isso, a não apresentação pelo réu dos documentos essenciais ao deslinde do feito, embora instado a apresentá-los, inviabilizando laudo conclusivo e não se desincumbindo do ônus que lhe cabia, enseja sua responsabilidade pelos danos daí advindos.

Não pode o réu se beneficiar e alegar a ausência de nexos de causalidade entre a transferência e o óbito de **SÉRGIO** duas horas após a remoção se obsteu a produção de laudo pericial conclusivo pelo não fornecimento da documentação necessária.

Soma-se a isso o fato de que os elementos carreados aos autos apontam indícios seguros de que o agravamento do quadro de saúde de **SÉRGIO** ocorreu em razão de sua remoção ao hospital público em 28/08/2009. Isso porque, não apenas no mesmo dia ele veio a óbito, mas também ficou cabalmente comprovado nos autos a gravidade de seu quadro de saúde e a necessidade de que sua transferência fosse realizada em determinadas condições, as quais tudo indica que não ocorreram, especialmente o transporte por meio de UTI móvel.

Neste ponto, recorda-se trecho da complementação do segundo laudo pericial realizado:

“[Esclareça se a transferência de um paciente, com níveis de pressão arterial e frequência cardíaca instáveis é recomendável ou se necessário se faria proceder a sua estabilização prévia, eventualmente com a retomada de medicação vasodilatadora.]

No caso de instabilidade hemodinâmica é indicado o emprego de medidas para estabilização do quadro (emprego de drogas vasoativas e expansão volêmica), além do



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

fato de a remoção do paciente necessitar ser realizada em ambulância UTI, após a estabilização do quadro hemodinâmico.”.

“[Esclareça se a remoção por intermédio de uma ambulância se mostrava prudente naquelas circunstâncias e se não seria recomendável que o paciente fosse entubado durante a remoção, de forma a proporcionar maior segurança ao procedimento e conforto respiratório ao Sr. Sérgio.]

A realização de proteção das vias aéreas preservando a ventilação adequada é sempre recomendada. Quando o paciente não consegue proteger suas vias aéreas fisiologicamente, é indicado o emprego de recursos para manter as vias aéreas prévias e com boa ventilação.”.

De se ver que, embora a ficha de remoção da ambulância não tenha sido apresentada, o perito consignou que no caso de instabilidade hemodinâmica a remoção deve ser por UTI móvel. A parte autora e em especial **DANIELA**, tanto na inicial quanto na entrevista com o perito, afirmou que a remoção foi realizada em ambulância e não em UTI móvel, fato este que não foi especificamente impugnado pelo réu, tampouco comprovado em sentido diverso, tornando-se incontroverso e indício claro de falha na prestação do serviço.

Ainda, a parte autora também afirmou, na inicial, a falta de equipamento apto a possibilitar a adequada respiração do familiar **SÉRGIO** durante o transporte, o que também não foi impugnado especificamente pelo hospital-réu, tampouco comprovado, embora consignado pelo perito que quando o paciente não consegue proteger suas vias aéreas fisiologicamente, é indicado o emprego de recursos para manter as vias aéreas prévias e com boa ventilação.

E não é só. Na complementação do laudo realizada às fls. 636/638, o perito expressamente consignou:

“No dia 28/08/2009 as anotações encontradas no prontuário do Hospital Metropolitano, referentes às condições do periciando, quanto a fisioterapia respiratória,



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

evidenciava respiração superficial com necessidade de máscara de oxigênio, sendo que o periciando apresentava grande quantidade de secreção mucopurulenta.

A utilização de máscara de oxigênio, no entanto, não restou comprovada nos autos, sendo que sequer o hospital-réu afirmou que isso teria ocorrido.

De se notar, em consequência, a alteração nos resultados dos exames vitais do paciente, especialmente na frequência cardíaca e na frequência respiratória:

“Os sinais vitais, anotados na enfermaria do hospital Metropolitano, mostraram pressão arterial: 90 x 60 mmHg, frequência cardíaca 70 bpm, temperatura 36° C e frequência respiratória 20 ipm.

Na chegada ao Hospital Mandaqui, onde foi admitido às 14hs00min, o periciando se encontrava dispneico, com pressão arterial: 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca 115 bpm e temperatura de 36,4° C. Sua admissão na enfermaria mostrava o periciando em regular estado geral, descorado, consciente, porém não contactuante, com frequência respiratória de 26 ipm.

O aumento brusco na frequência cardíaca e respiratória de **SÉRGIO** são também indícios concretos e seguros de que houve irregularidade na remoção do paciente, sugerindo que a transferência não foi realizada, ao menos, de forma segura, com as cautelas e condições materiais condizentes com a gravidade que o caso requeria.

Não há, inclusive, informações do hospital-réu acerca do acompanhamento de um médico durante a transferência de **SÉRGIO**, o que também é grave indício de que a remoção não teve a regularidade e adequação que dela se esperava.

Estando o paciente internado no hospital-réu, este era responsável por efetivar a transferência de



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

forma segura ou, caso isso não fosse possível, optar por não autorizá-la.

A partir dessas considerações, a reforma da r. sentença é imperiosa, a fim de ser reconhecida a responsabilidade civil do réu pela falha na prestação de serviço na transferência de **SÉRGIO** no dia **28/08/2009**, ante a ausência de apresentação da documentação essencial para possibilitar uma avaliação pericial conclusiva, ônus que lhe incumbia, atrelada aos seguros indícios de irregularidade e inadequação em sua remoção produzidos durante a instrução processual.

5. Configurada a responsabilidade civil do hospital-réu, deve ele arcar com os danos morais suportados pelos autores, decorrentes do óbito do familiar **SÉRGIO**.

O *quantum* indenizatório deve situar-se em patamar razoável, atendendo especialmente à gravidade da conduta lesiva e de suas consequências, e, bem assim, a capacidade econômico-financeira do agressor, de modo a desencorajar eventual reiteração do fato, sem, contudo, implicar vedado enriquecimento sem causa por parte da vítima da ofensa.

A tais parâmetros impende considerar as peculiares do caso concreto. E, no caso, reitera-se que a responsabilidade civil exsurge do fato de que a ré não apresentou os documentos necessários ao laudo pericial, durante os dez anos de instrução processual, o que obstou a confecção de laudo conclusivo, aliado ao fato de seguros indícios nos autos no sentido de que a transferência do autor, no mínimo, ocorreu sem as cautelas e adequações necessárias que o caso requeria, tendo **SÉRGIO** vindo a óbito horas depois de sua chegada ao hospital público.

Sopesando-se todos estes elementos, razoável a fixação da indenização por danos morais no patamar de **R\$ 30.000,00 para cada autor**.