

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.563.896 - SP (2019/0239576-1)

RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
AGRAVANTE : CENTRO TRASMONTANO DE SÃO PAULO
ADVOGADO : ROSEMEIRI DE FATIMA SANTOS - SP141750
AGRAVADO : THAIS LOVETRO GUARNIERI
AGRAVADO : GIOVANNA GUARNIERI DE SANTANA
ADVOGADO : ADRIANA TORRES MALLEGGNI - SP143643
INTERES. : SANTO ANDRE - SERVICOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EIRELI
ADVOGADO : ROSEMEIRE GELCER - SP284489

DECISÃO

Trata-se de agravo nos próprios autos interposto contra decisão que negou seguimento ao recurso especial por ausência de negativa de prestação jurisdicional e incidência da Súmula n. 7 do STJ (e-STJ fls. 663/664).

O acórdão recorrido está assim ementado (e-STJ fl. 584):

PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS.

I. Cerceamento de defesa. Não configuração. Suficiência dos elementos probatórios produzidos ao correto equacionamento da demanda, sobretudo diante da diligência determinada para complementação por prova oral. Respeito à regra do artigo 370 do Código de Processo Civil. Nulidade apartada. Preliminar rejeitada.

II. Negativa de cobertura à internação hospitalar às autoras, mãe e filha, diagnosticadas com quadro de gastroenterite. Fundamento em carência contratual. Inadmissibilidade. Hipótese de urgência bem caracterizada. Aplicação do disposto no artigo 12, inciso V, letra "c", da Lei 9.656/98 e do artigo 51, inciso IV, do Código de Defesa do Consumidor. Inteligência da Súmula nº 597 do Colendo Superior Tribunal de Justiça.

III. Ofensa ao princípio da boa-fé que deve nortear os contratos consumeristas. Atenuação e redução do princípio do pacta sunt servanda. Incidência do disposto no artigo 421 do Código Civil.

IV. Danos morais. Configuração. Indevida recusa de cobertura, pela operadora, que impôs desassossego anormal às beneficiárias do plano desassossego anormal, com o agravamento de seu quadro psicológico. Precedentes do E. Superior Tribunal de Justiça. Insuficiência do arbitramento da indenização em R\$ 10.000,00 (dez mil reais). Majoração para R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), considerando-se as circunstâncias da demanda. Atendimento aos parâmetros do artigo 944 do Código Civil.

V. Pleito indenizatório formulado contra o hospital corréu.

Afastamento. Carência de evidência, neste ponto, de conduta abusiva imputável ao centro hospitalar. Ônus probatório do qual não se desincumbiram as autoras, na forma do artigo 373, inciso I, do Código de Processo Civil. Improcedência mantida em relação ao corréu Hospital Santo Expedito.

SENTENÇA REFORMADA EM PARTE. APELO DO CORRÉU DESPROVIDO, PROVIDO PARCIALMENTE O APELO DAS AUTORAS.

Os embargos de declaração foram rejeitados (e-STJ fls. 604/606).

No especial (e-STJ fls. 611/635), fundamentado no art. 105, III, "a", da CF, o recorrente alegou ofensa ao art. 1.022, II, do CPC/2015 por omissão do Tribunal *a quo* a respeito da prova da negativa de cobertura do plano de assistência à saúde.

Apontou afronta aos arts. 12 e 35-C da Lei n. 9.656/1998, 186, 188, I, 927 e 944 do CC/2002, por entender, em síntese, que é legítimo o estabelecimento de limitação ao atendimento durante o período de carência contratual e que não há ato ilícito a ser indenizado.

Pugnou ainda pela redução da verba indenizatória.

No agravo (e-STJ fls. 667/675), afirma a presença de todos os requisitos de admissibilidade do especial.

As recorridas apresentaram contraminuta (e-STJ fls. 680/683).

Parecer do MPF pelo não provimento do agravo (e-STJ fls. 698/704).

É o relatório.

Decido.

De início, constata-se que, apesar de opostos embargos de declaração, a tese da necessidade de provar a negativa do plano de saúde não foi expressamente indicada nas razões do recurso, tampouco foi enfrentada pelo Tribunal.

Assim, o TJSP não foi instado, no momento oportuno, a se manifestar acerca do tema. Portanto, é inafastável a incidência das Súmulas n. 282 e 356 do STF.

Ademais, a decisão recorrida está em consonância com a jurisprudência desta Corte, pacífica ao afirmar que a carência não pode ser invocada para eximir a seguradora do tratamento de doença grave, sendo de 24 (vinte e quatro) horas o prazo máximo para cobertura de casos de urgência e de emergência, nos moldes dos arts. 12, V, "c", e 35-C, I e II, da Lei n. 9.656/1998. Nesse sentido:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. PERÍODO DE CARÊNCIA. LEGALIDADE. SITUAÇÃO DE CARÊNCIA E EMERGÊNCIA. MITIGAÇÃO DO PRAZO DE CARÊNCIA. LIMITAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. EXERCÍCIO REGULAR DE DIREITO. NÃO OCORRÊNCIA.

1. De acordo com a jurisprudência desta Corte Superior, é lícita a cláusula contratual que prevê prazo de carência para utilização dos serviços prestados pelo plano de saúde, desde que não obste a cobertura do segurado em casos de emergência ou urgência, como na hipótese dos autos. Precedentes.

2 No caso em tela, a Corte de origem, soberana na análise do arcabouço fático-probatório dos autos, consignou estar cristalizada a situação de urgência e emergência na hipótese vertente. Incidência da Súmula 7 do STJ.

3. Não prospera a pretensão da recorrente no sentido de limitar a cobertura de urgência e de emergência ao que foi despendido apenas nas primeiras doze horas de tratamento, tendo em vista o disposto na súmula 302 do STJ: "É abusiva a cláusula contratual de plano de saúde que limita no tempo a internação hospitalar do segurado". Precedentes.

4. Agravo interno não provido.

(AgInt no AREsp n. 1.122.995/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 7/11/2017, DJe 14/11/2017.)

SEGURO DE SAÚDE. RECURSO ESPECIAL. APRECIACÃO ACERCA DE VIOLAÇÃO À RESOLUÇÃO. DESCABIMENTO. NATUREZA DA RELAÇÃO JURÍDICA. CONSUMO. PRAZO CONTRATUAL DE CARÊNCIA PARA COBERTURA SECURITÁRIA. POSSIBILIDADE. CONSUMIDOR QUE, MESES APÓS A ADESÃO DE SEU GENITOR AO CONTRATO DE SEGURO, VÊ-SE ACOMETIDO POR TUMOR

CEREBRAL E HIDROCEFALIA AGUDA. ATENDIMENTO EMERGENCIAL. SITUAÇÃO-LIMITE EM QUE O BENEFICIÁRIO NECESSITA, COM PREMÊNCIA, DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS-HOSPITALARES COBERTOS PELO SEGURO. INVOCAÇÃO DE CARÊNCIA. DESCABIMENTO, TENDO EM VISTA A EXPRESSA RESSALVA CONTIDA NO ARTIGO 12, V, ALÍNEA 'C', DA LEI 9.656/98, E A NECESSIDADE DE SE TUTELAR O DIREITO FUNDAMENTAL À VIDA.

1. 'Lídima a cláusula de carência estabelecida em contrato voluntariamente aceito por aquele que ingressa em plano de saúde, merecendo temperamento, todavia, a sua aplicação quando se revela circunstância excepcional, constituída por necessidade de tratamento de urgência decorrente de doença grave que, se não combatida a tempo, tornará inócuo o fim maior do pacto celebrado, qual seja, o de assegurar eficiente amparo à saúde e à vida'. (REsp n. 466.667/SP, Relator Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2007, DJ 17/12/2007, p. 174)

2. Diante do disposto no artigo 12 da Lei 9.656/98, é possível a estipulação contratual de prazo de carência, todavia o inciso V, alínea 'c', do mesmo dispositivo estabelece o prazo máximo de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência.

3. Os contratos de seguro e assistência à saúde são pactos de cooperação e solidariedade, cativos e de longa duração, informados pelos princípios consumeristas da boa-fé objetiva e função social, tendo o objetivo precípuo de assegurar ao consumidor, no que tange aos riscos inerentes à saúde, tratamento e segurança para amparo necessário de seu parceiro contratual.

4. Os artigos 18, § 6º, III, e 20, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor preveem a necessidade da adequação dos produtos e serviços à legítima expectativa que o Consumidor tem de, em caso de pactuação de contrato oneroso de seguro de assistência à saúde, não ficar desamparado, no que tange à procedimento médico premente e essencial à preservação de sua vida.

5. Portanto, não é possível a Seguradora invocar prazo de carência contratual para restringir o custeio dos procedimentos de emergência, relativos a tratamento de tumor cerebral que acomete o beneficiário do seguro.

6. Como se trata de situação-limite em que há nítida possibilidade de violação ao direito fundamental à vida, 'se o juiz não reconhece, no caso concreto, a influência dos direitos fundamentais sobre as relações privadas, então ele não apenas lesa o direito constitucional objetivo, como também afronta direito fundamental considerado como pretensão em face do Estado, ao qual, enquanto órgão estatal, está obrigado a observar' (RE 201819, Relatora Ministra ELLEN GRACIE, Relator p/ Acórdão: Ministro GILMAR MENDES, Segunda Turma, julgado em 11/10/2005, DJ 27-10-2006 PP-00064 EMENT VOL-02253-04 PP-00577 RTJ VOL-00209-02 PP-00821)

7. Recurso especial provido para restabelecer a sentença.

(REsp n. 962.980/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 13/3/2012, DJe 15/5/2012.)

Estando o aresto impugnado em sintonia com a jurisprudência pacífica desta Corte Superior, aplica-se a Súmula n. 83/STJ.

Quanto aos danos morais, o Tribunal de origem reconheceu sua caracterização nos seguintes termos (e-STJ fls. 587/590):

Todavia, não pode mesmo ser considerada lícita a negativa de cobertura perpetrada pelo corréu CENTRO TRASMONTANO.

[...]

Ademais, a pretensão das autoras encontra-se acobertada pelo artigo 12, inciso V, letra "c", da Lei 9.656/98, com a redação dada pela Medida Provisória n. 2.177/01, no qual é estabelecido o "prazo máximo de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência", prazo esse já decorrido entre a celebração do contrato e a data da ocorrência da indicação médica, de sorte que nos termos da Súmula nº 103 desta Corte é "Indevida a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou de

emergência, sob o pretexto de presença de período de carência, que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n.

9.656/98".

[...]

Na espécie, tem-se que a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) figura como insuficiente a compor a lesão moral das autoras, sobretudo tendo em vista que são duas as esferas de personalidade violadas, uma, inclusive, atinente a uma criança de cinco anos de idade à época (fl. 09), verdadeiramente hipervulnerável à atuação da operadora e que poderia ter sofrido danos muito mais graves pela negativa de atendimento indicado como devido.

Nos termos da jurisprudência do STJ, "há direito ao ressarcimento do abalo moral oriundo da injusta recusa de cobertura securitária médica, pois esta conduta agrava a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do segurado, já abalado em virtude da doença" (AgRg no REsp 1.241.480/RS, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 14/2/2012, DJe 27/2/2012). A propósito:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL TIRADO DE DECISÃO PUBLICADA ANTES DA VIGÊNCIA DO NOVO CPC. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE COBERTURA DE MATERIAL ESSENCIAL À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA CARDÍACA DE URGÊNCIA (IMPLANTAÇÃO DE MARCAPASSO). DANO MORAL CONFIGURADO.

1. A recusa indevida/injustificada do plano de saúde em proceder à cobertura financeira de material essencial ao êxito de procedimento cirúrgico coberto enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do usuário, já combatido pela própria doença. Precedentes.

2. Agravo interno não provido.

(AgInt no REsp 1.614.203/RJ, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 29/8/2017, DJe 4/9/2017.)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. CIRURGIA BARIÁTRICA. NEGATIVA DE AUTORIZAÇÃO. DANO MORAL. MANIFESTA AUSÊNCIA DE ESPECÍFICA IMPUGNAÇÃO AOS FUNDAMENTOS UTILIZADOS NA DECISÃO PARA O CONHECIMENTO DO RECURSO ESPECIAL E O SEU PARCIAL PROVIMENTO.

1. A jurisprudência desta Corte tem como assente que a injusta recusa à cobertura do plano de saúde gera dano moral, pois agravada a situação de aflição psicológica e de angústia do usuário, que ademais se encontra com a saúde debilitada. (REsp n. 918.392/RN, Relatora Ministra NANCY ANDRIGHI).

2. Caso concreto em que o acórdão recorrido cristaliza situação de debilidade da saúde do paciente e de emergência, pois acometido de várias comorbidades, mas conclui pela inexistência de danos morais.

Situação fática traçada no aresto suficiente a endossar o reconhecimento de danos morais indenizáveis. Ausência de específica impugnação às referidas conclusões. Desatendimento ao disposto no §1º do art. 1.021 do CPC/2015.

3. AGRAVO INTERNO NÃO CONHECIDO.

(AgInt no REsp 1.457.009/MG, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 3/10/2017, DJe 19/10/2017.)

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER COM PEDIDO INDENIZATÓRIO. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE AUTORIZAÇÃO DE CIRURGIA. ABUSIVIDADE DA CONDUTA DA PRESTADORA DO SERVIÇO. DANO MORAL CONFIGURADO. TESE RECURSAL DE INEXISTÊNCIA DE ATO ILÍCITO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. RAZÕES RECURSAIS INSUFICIENTES. AGRAVO DESPROVIDO.

1. A jurisprudência desta Corte entende ser passível de indenização a título de danos morais a recusa indevida/injustificada pela operadora do plano de saúde em autorizar a cobertura financeira de tratamento prescrito pelo médico ao segurado. Acórdão recorrido em harmonia com o entendimento do STJ, o que atrai a incidência da Súmula 83/STJ.

2. Para o acolhimento do recurso, seria imprescindível derruir a afirmação contida no decisum atacado - de ocorrência de ato ilícito pela recusa injustificada de autorização para cirurgia - o que, forçosamente, ensejaria rediscussão de matéria fática, incidindo, na espécie, o óbice da Súmula 7 deste Tribunal Superior, sendo manifesto o descabimento do recurso especial.

3. Razões recursais insuficientes para a revisão do julgado.

4. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1.054.421/RJ, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 15/8/2017, DJe 25/8/2017.)

AGRAVO INTERNO EM RECURSO ESPECIAL - DEMANDA POSTULANDO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO NA MODALIDADE CONFORMADA TRIDIMENSIONAL E GUIADA POR IMAGEM CUMULADA COM PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL - DECISÃO MONOCRÁTICA DANDO PROVIMENTO AO RECLAMO DO USUÁRIO, ARBITRANDO O QUANTUM INDENIZATÓRIO. IRRESIGNAÇÃO DA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE.

1. A jurisprudência do STJ é no sentido de que, a recusa indevida/injustificada, pela operadora de plano de saúde, em autorizar a cobertura financeira de tratamento médico, a que esteja legal ou contratualmente obrigada, enseja reparação a título de dano moral, por agravar a situação de aflição psicológica e de angústia no espírito do beneficiário. Precedentes. Incidência da Súmula 83/STJ. Precedentes: AgInt no AREsp 967.348/DF, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 06/04/2017, DJe 18/04/2017; AgInt no REsp 1653374/SC, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 04/04/2017, DJe 17/04/2017; AgInt no REsp 1610337/PR, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 16/03/2017, DJe 28/03/2017.

2. No caso concreto, a decisão agravada restabeleceu a sentença que definiu o valor da indenização, no montante de R\$ 25.000,00 (vinte e cinco mil reais), segundo critérios de razoabilidade.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp 1.612.520/PR, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 1º/6/2017, DJe 12/6/2017.)

Aplica-se, portanto, mais uma vez, a Súmula n. 83/STJ.

Ademais, concluir em sentido contrário, afastando o reconhecimento dos danos morais implicaria revolvimento do conjunto fático-probatório dos autos, vedado em sede de recurso especial, ante o disposto na Súmula n. 7/STJ.

A modificação do valor da indenização por danos morais é admitida, em recurso especial, conforme entendimento pacífico do STJ, apenas quando excessivo ou irrisório o montante fixado, violando os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade (AgRg no AREsp n. 703.970/DF, Relator Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 18/8/2016, DJe 25/8/2016, e AgInt no AREsp n. 827.337/RJ, Relator Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 18/8/2016, DJe 23/8/2016).

A Justiça local, diante das circunstâncias analisadas, fixou a indenização dos danos morais no valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais), nos seguintes termos (e-STJ fls.

589/591):

A recusa de cobertura pela operadora do plano importou sem dúvida alguma em desassossego anormal, agravando a situação das pacientes, notadamente porque, mesmo diante da periclitante situação de saúde na qual se encontravam, não puderam se socorrer do seguro-saúde contratado. Houve, às claras, sofrimento anormal, longe de um singelo aborrecimento decorrente de inadimplemento contratual. Nessa diretriz, os precedentes do Superior Tribunal de Justiça, reconhecendo a configuração de dano moral: "A recusa indevida à cobertura pleiteada pelo segurado contratante de seguro - saúde, pois agrava a sua situação de aflição psicológica e de angústia no espírito" (3' T. REsp 657.717, Min. Nancy Andrighi); "Essa modalidade de dano moral subsiste mesmo nos casos em que a recusa envolve apenas a realização de exames de rotina, na medida em que procura por serviços médicos - aí compreendidos exames clínicos - ainda que desprovida de urgência, está sempre cercada de alguma apreensão. Mesmo consultas de rotina causam aflição, fragilizando o estado de espírito do paciente, ansioso por saber da sua saúde" (3' T, REsp 1.201.736, Min. Nancy Andrighi)" (in Theotonio Negrão e outros autores, Código Civil e Legislação Civil em Vigor, 32ª. Edição, Editora Saraiva, p. 105). Ademais, o dano moral, no caso dos autos, é considerado *in re ipsa*, sem necessidade de específica comprovação.

No arbitramento da indenização dos danos morais, por seu turno, não se pode olvidar, entre outros fatores, o nível socioeconômico das partes (RSTJ 112/216), bem como a ofensa perpetrada.

Na espécie, tem-se que a quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) figura como insuficiente a compor a lesão moral das autoras, sobretudo tendo em vista que são duas as esferas de personalidade violadas, uma, inclusive, atinente a uma criança de cinco anos de idade à época (fl. 09), verdadeiramente hipervulnerável à atuação da operadora e que poderia ter sofrido danos muito mais graves pela negativa de atendimento indicado como devido.

Por conseguinte, impõe-se o acolhimento do pleito recursal a fim de determinar a majoração do importe compensatório para a quantia de R\$20.000,00 (vinte mil reais), a ser dividido igualmente entre as duas autoras, sem prejuízo da atualização desde o presente julgamento (Súmula 362, STJ) e da incidência de juros desde a citação. Referido montante atende aos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, na forma do artigo 944 do Código Civil, bem como à média dos valores arbitrados nesta Câmara em hipóteses análogas à presente.

Para alterar tais fundamentos, seria imprescindível o reexame do conjunto fático-probatório dos autos, o que é inviável em recurso especial, haja vista novamente o teor da Súmula n. 7 do STJ. A propósito:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RESPONSABILIDADE CIVIL. VÍTIMA FALECIDA NAS DEPENDÊNCIAS DO CLUBE. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. APLICAÇÃO DAS SÚMULAS N. 282 E 356 DO STF. COMPROVAÇÃO DA FALHA NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA. CULPA CONCORRENTE NÃO VERIFICADA. REVISÃO. IMPOSSIBILIDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA N. 7/STJ. VALOR FIXADO A TÍTULO DE DANO MORAL. RAZOABILIDADE DO QUANTUM ARBITRADO. REEXAME. INADMISSIBILIDADE. ÓBICE DA SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. A simples indicação do dispositivo legal tido por violado, sem que o tema tenha sido enfrentado pelo acórdão recorrido, obsta o conhecimento do recurso especial, por falta de prequestionamento. Incidência das Súmulas n. 282 e 356 do STF.
2. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos, a teor do que dispõe a Súmula n. 7 do STJ.
3. O Tribunal de origem, com base nos elementos probatórios, concluiu haver responsabilidade do recorrente pela morte ocorrida em suas dependências, visto que

falhou com o seu dever de segurança e afastou a alegação de culpa concorrente da vítima. Alterar tal conclusão das instâncias ordinárias implicaria reexame de prova, inviável em recurso especial.

4. A análise da insurgência contra o valor arbitrado a título de indenização por danos morais esbarra na vedação prevista no mesmo enunciado. Apenas em hipóteses excepcionais, quando manifestamente irrisória ou exorbitante a quantia fixada, é possível a revisão do *quantum* por esta Corte, situação não verificada no caso dos autos.

5. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no AREsp 717.401/GO, de minha relatoria, QUARTA TURMA, julgado em 3/12/2015, DJe 10/12/2015.)

No caso dos autos, portanto, a quantia estabelecida pelas instâncias de origem não enseja a intervenção do STJ.

Diante do exposto, NEGO PROVIMENTO ao agravo.

Nos termos do art. 85, § 11, do CPC/2015, majoro em 20% (vinte por cento) o valor atualizado dos honorários advocatícios arbitrados na origem em favor da parte recorrida, observando-se os limites dos §§ 2º e 3º do referido dispositivo.

Publique-se e intimem-se.

Brasília - DF, 25 de novembro de 2019.

Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA

Relator