

AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.563.451 - PE (2019/0238643-4)

RELATORA : **MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI**
AGRAVANTE : GEAP AUTOGESTAO EM SAUDE
ADVOGADOS : NELSON WILLIANS FRATONI RODRIGUES - PE000922A
YURI BISCAINNI MORENO FERREIRA E OUTRO(S) - DF050247
AGRAVADO : A C B B (MENOR)
REPR. POR : C G B B
ADVOGADO : MIRELLA BARRETO GOIS DE LACERDA E OUTRO(S) -
PE028410

DECISÃO

Trata-se de agravo contra decisão que negou seguimento a recurso especial interposto em face de acórdão assim ementado (fls. 668/669, e-STJ):

APELAÇÃO. DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. MODALIDADE AUTOGESTÃO. TRATAMENTO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. NEGATIVA DE COBERTURA DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. PSICÓLOGA, PEDAGOGA, PSICOPEDAGOGA, FONOAUDIÓLOGA, TERAPEUTA OCUPACIONAL. ROL DA ANS. PRESCRIÇÃO PELA MÉDICA NEUROLOGISTA ASSISTENTE. DEVER DE COBERTURA. DANOS MORAIS. CONFIGURADOS. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. REEMBOLSO DOS VALORES DESPENDIDOS NO INÍCIO DO TRATAMENTO. HONORÁRIOS RECURSAIS. IMPROVIMENTO DO APELO À UNANIMIDADE.

- Embora se reconheça a inaplicabilidade do CDC aos planos de saúde geridos por autogestão, os deveres de lealdade e de informação, decorrentes da boa-fé objetiva, são exigidos nos contratos civis em geral, através da aplicação das normas do Código Civil, tão rígidas quanto às consumeristas.

- Negativa de cobertura securitária pela seguradora, que defende que não poderia arcar com as despesas com o tratamento especializado pelo método ABA, através de equipe multidisciplinar, nas áreas de psicologia, pedagogia, psicopedagogia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, eis que estaria fora da abrangência do contrato firmado e do Rol de Procedimentos previstos pela ANS.

- Todo o tratamento solicitado se revelou como medida indispensável para tratar o atraso do desenvolvimento do segurado, com características do Transtorno do Espectro Autista - TEA -, conforme devidamente consignado pela médica neurologista que assistiu o paciente, demonstrando que seria o tratamento mais indicado para o menor, eis que quando realizado precoce e regularmente, mostram respostas melhores, podendo modificar a história natural da doença e a falta do tratamento pode interferir no prognóstico e na qualidade de vida e familiar do paciente.

- Não se mostra prudente, portanto, que a seguradora Apelante negue o tratamento pleiteado, necessário para que o segurado tenha uma melhor qualidade de vida, pois não cabe à seguradora determinar qual o tratamento médico que deve ser realizado no combate à doença que acomete o segurado.

- O rol de procedimentos de cobertura obrigatória elaborado pela Agência Nacional de Saúde reveste-se, tão somente, de caráter de cobertura mínima a ser fornecida pelos planos de saúde aos seus segurados.

Os embargos de declaração opostos foram rejeitados (fls. 715/721, e-STJ).

Nas razões do recurso especial, a parte agravante alega violação aos arts. 186, 188, 421, 422 e 927 do Código Civil e à Súmula 608 do Superior Tribunal de Justiça.

Afirma, de início, que o Código de Defesa do Consumidor não se aplica ao caso.

Sustenta, em seguida, não possuir a obrigação de oferecer tratamento médico que não fora pactuado no contrato.

Requer o afastamento da compensação por danos morais, por não ter cometido ato ilícito. Pede, subsidiariamente, a redução do valor arbitrado.

Foram apresentadas contrarrazões às fls. 784/818, e-STJ.

O recurso não foi admitido na origem, nos termos da decisão de fls. 819/823, e-STJ.

Assim delimitada a controvérsia, passo a decidir.

A Súmula nº 568 desta Corte dispõe que “relator, monocraticamente e no Superior Tribunal de Justiça, poderá dar ou negar provimento ao recurso quando houver

entendimento dominante acerca do tema”.

Registro, inicialmente, que não procede a alegação de violação à súmula, pois esta não se enquadra no conceito de lei federal previsto no art. 105, III, “a”, da Constituição Federal. Nesse sentido, conforme enunciado nº 518 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça, “para fins do art. 105, III, a, da Constituição Federal, não é cabível recurso especial fundado em alegada violação a enunciado de súmula”.

Assim:

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL -
AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE
NEGOU PROVIMENTO AO RECLAMO - INSURGÊNCIA
RECURSAL DA DEMANDADA.

1. Não cabe ao STJ apreciar alegação de ofensa a enunciado de súmula em recurso especial, uma vez que "para fins do art. 105, III, a, da Constituição Federal, não é cabível recurso especial fundado em alegada violação a enunciado de súmula" (Súmula 518/STJ).

2. As questões postas à discussão foram dirimidas pelo órgão julgador de forma suficientemente ampla, fundamentada e sem omissões, afastando-se a alegada violação ao artigo 489, caput, § 1º, IV e VI, do CPC/15. 3. A jurisprudência desta Corte Superior é no sentido de que não configura reformatio in pejus a alteração ex officio do termo inicial dos juros moratórios, por se tratar de matéria de ordem pública. Precedentes. 4. O acolhimento do apelo extremo, no sentido de verificar a ocorrência ou não de excludente de responsabilidade civil, a fim de deconstituir as conclusões a que chegou o órgão julgador, demandaria o revolvimento de matéria fático-probatória, providência vedada na estreita via do recurso especial, consoante o enunciado da Súmula 7 do STJ. Precedentes.

4.1. A incidência do referido óbice impede o exame de dissídio jurisprudencial, porquanto falta identidade entre os paradigmas apresentados e os fundamentos do acórdão, tendo em vista a situação fática do caso concreto, com base na qual a Corte de origem deu solução à causa. Precedentes.

5. Agravo interno desprovido.

(AgInt no AREsp 1327475/RJ, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 27/11/2018, DJe 6/12/2018)

Ainda que assim não fosse, verifico que o Tribunal de origem já afastou a incidência do Código de Defesa do Consumidor ao caso, não havendo, nesse ponto, interesse em recorrer.

Transcrevo, a seguir, excertos do acórdão recorrido (fl. 662, e-STJ):

Primeiramente, a seguradora alega que seria operadora da modalidade autogestão, razão por que não poderia ser tratada como as demais empresas de plano de saúde.

Por ocasião do julgamento do REsp nº 1.285.483/PB, a Segunda Seção do STJ afastou a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde geridos por autogestão. Todavia, embora se reconheça a inaplicabilidade do CDC aos planos de saúde geridos por autogestão, os deveres de lealdade e de informação, decorrentes da boa-fé objetiva, são exigidos nos contratos civis em geral.

O Tribunal de origem reputou abusiva a negativa de cobertura dos procedimentos pleiteados pelos seguintes fundamentos (fls. 662/665, e-STJ):

A presente lide diz respeito à negativa de cobertura securitária pela seguradora, que defende que não poderia arcar com as despesas com o tratamento especializado pelo método ABA, através de equipe multidisciplinar, nas áreas de psicologia, pedagogia, psicopedagogia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, eis que estaria fora da abrangência do contrato firmado e do Rol de Procedimentos previstos pela ANS.

Primeiramente, a seguradora alega que seria operadora da modalidade autogestão, razão por que não poderia ser tratada como as demais empresas de plano de saúde.

Por ocasião do julgamento do REsp nº 1.285.483/PB, a Segunda Seção do STJ afastou a aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de planos de saúde geridos por autogestão. Todavia, embora se reconheça a inaplicabilidade do CDC aos planos de saúde geridos por autogestão, os deveres de lealdade e de informação, decorrentes da boa-fé objetiva, são exigidos nos contratos civis em geral.

Desta feita, a autogestão afasta o vínculo comercial, mas não os

deveres de lealdade e de informação que regem a relação contratual, não alcançando o princípio da força obrigatória do contrato.

Tem-se, portanto, a aplicação das regras do Código Civil atinentes aos contratos, tão rígidas quanto a legislação consumerista.

Pois bem. É oportuno mencionar que, no caso em pauta, todo o tratamento solicitado se revelou como medida indispensável para tratar o atraso do desenvolvimento do segurado, com características do Transtorno do Espectro Autista - TEA -, conforme devidamente consignado pela médica neurologista que assistiu o paciente ID 2907738, demonstrando que seria o tratamento mais indicado para o menor, eis que quando realizado precoce e regularmente, mostram respostas melhores, podendo modificar a história natural da doença e a falta do tratamento pode interferir no prognóstico e na qualidade de vida e familiar do paciente.

Restou consignado, portanto, que o tratamento requisitado poderia modificar o histórico da doença de maneira favorável ao segurado.

Não se mostra prudente, portanto, que a seguradora Apelante negue o tratamento pleiteado, necessário para que o segurado tenha uma melhor qualidade de vida, pois não cabe à seguradora determinar qual o tratamento médico que deve ser realizado no combate à doença que acomete o segurado.

Importante ressaltar que o rol de procedimentos de cobertura obrigatória elaborado pela Agência Nacional de Saúde reveste-se, tão somente, de caráter de cobertura mínima a ser fornecida pelos planos de saúde aos seus segurados.

(...)

Ademais, a seguradora Apelante não demonstrou que possui, em sua rede credenciada, clínica e profissionais com aptidão específica necessária para o adequado tratamento do segurado.

Resta claro no relatório da médica neurologista que a finalidade do tratamento seria facilitar a modificação do comportamento, a comunicação e interação social do menor, o que, de fato, ultrapassa o âmbito educacional, mas sim, traz benefícios para seu dia a dia, atividade motora, com a estimulação da linguagem falada e física, dentre outras coisas.

Não cabe à alçada da magistratura indicar nominalmente o profissional e/ou o estabelecimento que deve ser pago pelo plano, ainda mais quando ele está fora da rede credenciada.

Assim, reputa-se abusiva a mera negativa ou qualquer cláusula

contratual que exima a seguradora da responsabilidade de cobrir as despesas advindas de todo o tratamento solicitado, máxime porque se encontram estritamente vinculadas a qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde do segurado, de modo que entender de forma diversa seria, ao meu ver, atentar contra o próprio objeto do contrato.

(...)

Da mesma forma, merece observação a Lei nº 9.656/98, a qual prevê que não podem ser excluídas do seguro as despesas advindas de prescrição médica, no que se observa o dever inequívoco da seguradora Apelante em fornecer a cobertura de tratamento necessário ao paciente, eis que indispensável ao restabelecimento da sua saúde.

(...)

Portanto, se o paciente consumidor tem a sua disposição um procedimento eficaz para o tratamento de sua saúde, mostra-se ilegal a negativa das operadoras de planos de saúde em custeá-lo, sobretudo quando o médico indica sua realização, razão por que a negativa de cobertura para o custeio desse tratamento resulta em rompimento do equilíbrio contratual, assim como afronta aos princípios da confiança e boa-fé objetiva que devem reger as relações entre as partes.

Isso por que é legítima a expectativa do segurado consumidor de ter a sua saúde restabelecida e preservada de maneira menos gravosa e mais eficaz possível, usufruindo dos serviços médicos prestados, sem restrições, a não ser aquelas expressamente pactuadas e, mesmo assim, que não entrem em conflito com as disposições de ordem pública constantes do Código de Defesa do Consumidor e da Lei nº 9.656/98.

O Tribunal de origem, dessa forma, decidiu em conformidade com a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, segundo a qual é permitido às operadoras de plano de saúde limitar a cobertura de determinadas doenças, de custeio não obrigatório, sendo-lhes vedado, contudo, limitar o procedimento e insumos médico-terapêuticos indicados por profissional habilitado na busca da cura.

Nesse sentido:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ALEGAÇÃO DE

OFENSA AO ART. 1.022 DO CPC/2015. FALTA DE DEMONSTRAÇÃO. SÚMULA N. 284 DO STF. DOENÇA COBERTA. RECUSA DE TRATAMENTO. CONDUTA ABUSIVA. DANOS MORAIS. VALOR ARBITRADO NA ORIGEM. SÚMULA N. 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. Considera-se deficiente, a teor da Súmula n. 284 do STF, a fundamentação do recurso especial que alega violação do art. 1.022 do CPC/2015, mas não demonstra, clara e objetivamente, qual o ponto omissso, contraditório ou obscuro do acórdão recorrido que não teria sido sanado no julgamento dos embargos de declaração.

2. Consoante a jurisprudência desta Corte, é abusiva a negativa de cobertura do plano de saúde a algum tipo de procedimento, medicamento ou material necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas pelo contrato.

3. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos (Súmula n. 7 do STJ).

4. No caso concreto, o Tribunal de origem concluiu pela ocorrência de danos morais decorrentes da negativa de cobertura de tratamento médico. Decidir de modo contrário demandaria o reexame das provas produzidas nos autos, o que é vedado em recurso especial.

5. Somente em hipóteses excepcionais, quando irrisório ou exorbitante o valor da indenização por danos morais arbitrado na origem, a jurisprudência desta Corte permite o afastamento do referido óbice, para possibilitar a revisão. No caso, o valor estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar sua reavaliação em recurso especial.

6. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no AREsp 1444610/RJ, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 25/6/2019, DJe 1/7/2019)

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL - AÇÃO CONDENATÓRIA - DECISÃO MONOCRÁTICA QUE NEGOU PROVIMENTO AO APELO NOBRE. INSURGÊNCIA RECURSAL DA DEMANDADA.

1. Nos termos da jurisprudência desta Corte, revela-se abusivo o preceito excludente do custeio dos meios e materiais necessários ao melhor desempenho do tratamento clínico ou do procedimento cirúrgico ou de internação hospitalar relativos a doença coberta. Incidência da Súmula 83/STJ.

2. A indenização por danos morais fixada em quantum sintonizado aos

princípios da razoabilidade e proporcionalidade não autoriza sua modificação em sede de recurso especial, cabível apenas em casos de manifesta excessividade ou irrisoriedade do valor arbitrado, o que não se evidencia no presente caso. Incidência da Súmula 7/STJ.

3. Agravo interno desprovido.

(AgInt no REsp 1775530/MT, Rel. Ministro MARCO BUZZI, QUARTA TURMA, julgado em 30/5/2019, DJe 3/6/2019)

Incide, no ponto, o óbice da Súmula 83 do Superior Tribunal de Justiça.

Observe, por outro lado, que merecem acolhida as alegações de inexistência de dano moral compensável. Com efeito, no caso dos autos, a negativa se deu por conta de divergência acerca da interpretação do contrato, não se caracterizando como manifestamente ilegal.

Nesse sentido, é, inclusive, a jurisprudência pacificada deste Superior Tribunal de Justiça, no sentido de que o mero inadimplemento contratual não gera danos morais compensáveis, senão vejamos:

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. CERCEAMENTO DE DEFESA. NÃO OCORRÊNCIA. OBESIDADE MÓRBIDA. INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA ESPECIALIZADA. POSSIBILIDADE. INSUCESSO DE TRATAMENTOS MULTIDISCIPLINARES AMBULATORIAIS. CONTRAINDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA. DOENÇA COBERTA. SITUAÇÃO GRAVE E EMERGENCIAL. FINALIDADE ESTÉTICA E REJUVENESCEDORA. DESCARACTERIZAÇÃO. MELHORIA DA SAÚDE. COMBATE ÀS COMORBIDADES. NECESSIDADE. DISTINÇÃO ENTRE CLÍNICA DE EMAGRECIMENTO E SPA. DANO MORAL. NÃO CONFIGURAÇÃO.

(...)

4. A obesidade mórbida é doença crônica de cobertura obrigatória nos planos de saúde (art. 10, caput, da Lei nº 9.656/1998). Em regra, as operadoras autorizam tratamentos multidisciplinares ambulatoriais ou as indicações cirúrgicas, a exemplo da cirurgia bariátrica (Resolução CFM nº 1.766/2005 e Resolução CFM nº 1.942/2010). 5. O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos,

tais como hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES (art. 8º, parágrafo único, da RN ANS nº 167/2008). Diferenças existentes entre clínica de emagrecimento e SPA.

6. A restrição ao custeio pelo plano de saúde de tratamento de emagrecimento circunscreve-se somente aos de cunho estético ou rejuvenescedor, sobretudo os realizados em SPA, clínica de repouso ou estância hidromineral (arts. 10, IV, da Lei nº 9.656/1998 e 20, § 1º, IV, da RN ANS nº 387/2015), não se confundindo com a terapêutica da obesidade mórbida (como a internação em clínica médica especializada), que está ligada à saúde vital do paciente e não à pura redução de peso almejada para se obter beleza física.

7. Mesmo que o CDC não se aplique às entidades de autogestão, a cláusula contratual de plano de saúde que exclui da cobertura o tratamento para obesidade em clínica de emagrecimento se mostra abusiva com base nos arts. 423 e 424 do CC, já que, da natureza do negócio firmado, há situações em que a internação em tal estabelecimento é altamente necessária para a recuperação do obeso mórbido, ainda mais se os tratamentos ambulatoriais fracassarem e a cirurgia bariátrica não for recomendada. 8. A jurisprudência deste Tribunal Superior é firme no sentido de que o médico ou o profissional habilitado - e não o plano de saúde - é quem estabelece, na busca da cura, a orientação terapêutica a ser dada ao usuário acometido de doença coberta.

9. Havendo indicação médica para tratamento de obesidade mórbida ou severa por meio de internação em clínica de emagrecimento, não cabe à operadora negar a cobertura sob o argumento de que o tratamento não seria adequado ao paciente, ou que não teria previsão contratual, visto que tal terapêutica, como último recurso, é fundamental à sobrevida do usuário, inclusive com a diminuição das complicações e doenças dela decorrentes, não se configurando simples procedimento estético ou emagrecedor.

10. Em regra, a recusa indevida pela operadora de plano de saúde de cobertura médico-assistencial gera dano moral, porquanto agrava o sofrimento psíquico do usuário, já combalido pelas condições precárias de saúde, não constituindo, portanto, mero dissabor, ínsito às hipóteses correntes de inadimplemento contratual.

11. Há situações em que existe dúvida jurídica razoável na interpretação de cláusula contratual, não podendo ser reputada ilegítima ou injusta, violadora de direitos imateriais, a conduta de operadora que optar pela restrição de cobertura sem ofender, em contrapartida, os deveres anexos do contrato, tal qual a boa-fé, o que afasta a pretensão de compensação por danos morais.

12. Recurso especial parcialmente provido.

(REsp 1645762/BA, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 12/12/2017, DJe 18/12/2017)

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. RECUSA DE CUSTEIO. MERO INADIMPLEMENTO CONTRATUAL. DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS. TESE DO RECURSO ESPECIAL QUE DEMANDA REEXAME DE CONTEXTO FÁTICO E PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA N° 7/STJ . NÃO PROVIMENTO.

1. Nos termos da jurisprudência deste Superior Tribunal de Justiça, o mero inadimplemento contratual não enseja condenação por danos morais.

2. O Tribunal de origem, após apreciação das provas dos autos, entendeu que a negativa de cobertura se deu por divergência razoável de interpretação do contrato, assim como que a situação vivenciada pela beneficiária não foi apta a gerar danos à sua intimidade psíquica, tendo configurado mero aborrecimento do cotidiano, conclusão esta insusceptível de reexame na via do recurso especial (Súmula 7).

3. Agravo interno a que se nega provimento.

(AgInt no REsp 1573736/SP, Rel. Ministra MARIA ISABEL GALLOTTI, QUARTA TURMA, julgado em 7/6/2018, DJe 14/6/2018)

Verifico que o Tribunal de origem assinala que não haveria, na hipótese, mero inadimplemento contratual, mas não indica, de forma específica para o caso dos autos, quais teriam sido os danos suportados pelo paciente. Pelo contrário, ressalta, genericamente, que a negativa de cobertura por parte do plano de saúde gera aflição e sofrimento psicológico ao segurado (fls. 665/666, e-STJ):

No tocante aos danos morais litigados, reitero o entendimento, já analisado, de que não podem ser excluídas do seguro a cobertura advinda de prescrição médica, nem tampouco ser dificultadas, no que se observa o dever inequívoco da operadora de planos de saúde em fornecer o tratamento adequado ao paciente, indispensável ao restabelecimento da sua saúde.

Nestes termos, em decorrência do descumprimento de obrigação

contratual e da quebra de confiança do cliente na empresa contratada, possível a condenação em danos morais, entendimento, inclusive, previsto na Súmula nº 35 deste Egrégio Tribunal, *in verbis*:

SÚMULA 35. A negativa de cobertura fundada em cláusula abusiva de contrato de assistência à saúde pode dar ensejo à indenização por dano moral.

Os danos não decorrem simplesmente do inadimplemento contratual, mas da própria situação de abalo psicológico em que se encontra o doente ao ter negada a cobertura contratada, o que não pode ser tratado como mero dissabor.

(...)

Como se vê, tem sido reconhecido o direito ao ressarcimento dos danos morais advindos da recusa indevida ao oferecimento da cobertura pleiteada, sobretudo em momento tão difícil para o segurado e seus responsáveis, que têm agravadas suas situações de aflição e de sofrimento psicológico quando, ao buscar a autorização para a realização do tratamento, encontrando-se em condição de fragilidade, depara-se com resposta negativa por parte da seguradora.

É certo que a reparação há de ser arbitrada em consonância com as circunstâncias de cada caso, tendo em vista as poses do ofensor e a situação pessoal da ofendida, evitando-se, porém, que se converta em fonte de enriquecimento ou se torne inexpressiva, mostrando-se hábil, todavia, a infligir sanção ao causador do dano, de modo a coibir a reiteração da prática lesiva.

Não se pode deixar de atentar para os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade quanto ao valor a ser pago e o dano amargado, sem perder de vista o caráter pedagógico da condenação, razão pela qual, em que pese o grau de subjetivismo que envolve o tema da sua quantificação, considerando as peculiaridades do caso concreto, entendo que o montante arbitrado pelo juízo monocrático em R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) se mostra adequado, não merecendo prosperar os pedidos de exclusão ou redução da indenização.

Em face do exposto, conheço do agravo e dou parcial provimento ao recurso especial para afastar a condenação ao pagamento de compensação por danos morais.

Em face da sucumbência recíproca, condeno as partes ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, mantido quanto a estes o valor fixado no acórdão recorrido – vinte por cento sobre o valor da causa – a serem suportados na

Superior Tribunal de Justiça

proporção de 70% (setenta por cento) pela parte recorrente e 30% (trinta por cento) pela parte recorrida.

Intimem-se.

Brasília (DF), 25 de novembro de 2019.

MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI
Relatora