



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 901.638 - DF (2016/0095282-8)

RELATOR : **MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE**
AGRAVANTE : ASSEFAZ - FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO
MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - SP128341
AGRAVADO : MARCELA DE ANDRADE SOARES MARENSI
ADVOGADO : SARAH GUIMARÃES DE MATOS - DF026559

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO AGRADO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. RECUSA NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DANO MORAL. SÚMULA 83/STJ. MODIFICAÇÃO DO QUANTUM FIXADO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AGRADO IMPROVIDO.

1. Compete ao profissional habilitado indicar a opção adequada para o tratamento da doença que acomete seu paciente, não incumbindo à seguradora discutir o procedimento, mas custear as despesas de acordo com a melhor técnica. Além disso, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de procedimento utilizado para o tratamento de cada uma delas. Precedentes.

2. É cediço o entendimento do Superior Tribunal de Justiça de que "a revisão de indenização por danos morais só é viável em recurso especial quando o valor fixado nas instâncias locais for exorbitante ou ínfimo" (AgRg no AREsp 453.912/MS, Relator Ministro João Otávio de Noronha, DJe de 25/8/2014), sob pena de incidência do enunciado n. 7 da Súmula desta Corte, desproporcionalidade esta que não se constata na hipótese, em que foi fixada a indenização em R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

3. Agravo interno improvido.

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos estes autos, acordam os Ministros da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça, na conformidade dos votos e das notas taquigráficas a seguir, por unanimidade, negar provimento ao agravo, nos termos do voto do Sr. Ministro Relator.

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrichi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.
Brasília, 06 de outubro de 2016 (data do julgamento).

MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE, Relator



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 901.638 - DF (2016/0095282-8)

RELATÓRIO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE:

Trata-se de agravo interno interposto por Assefaz – Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda contra decisão monocrática da minha lavra que negou provimento ao agravo em recurso especial assim ementada (e-STJ, fl. 415):

AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL. DEVIDA IMPUGNAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE. AUTOGESTÃO. RECUSA NO FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. DANO MORAL. SÚMULA 83/STJ. MODIFICAÇÃO DO QUANTUM FIXADO. IMPOSSIBILIDADE. SÚMULA 7/STJ. AGRAVO CONHECIDO, MEDIANTE JUÍZO DE RECONSIDERAÇÃO, PARA NEGAR PROVIMENTO AO RECURSO ESPECIAL.

A agravante, em suas razões, sustenta a não incidência da Súmula n. 83/STJ, porquanto em recente julgado – Resp n. 1.285.483/PB – esta Corte firmou entendimento de que **"não se aplica o Código de Defesa do Consumidor às relações jurídicas existentes entre os beneficiários e operadoras de saúde que operem na modalidade autogestão"**. Aduz, ainda, que não se pode equiparar a instituição recorrente aos demais planos de saúde e aplicar a legislação consumerista em detrimento do regimento civil e que **"não restou caracterizado qualquer ato ilícito, tendo em vista que a negativa em custear o tratamento em comento não passou de mero exercício regular de um direito da RECORRENTE, uma vez que tal procedimento estava excluído por Lei e pelo contrato de forma explícita, o que impede a incidência de danos morais, nos exatos termos dos artigos 186 e 927 do Código Civil"** (e-STJ, fls. 427-440).

Busca, assim, o provimento do agravo interno.

É o relatório.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

AgInt no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 901.638 - DF (2016/0095282-8)

VOTO

O SENHOR MINISTRO MARCO AURÉLIO BELLIZZE(RELATOR):

Os argumentos da agravante não são aptos a ilidir os fundamentos da decisão recorrida, a qual, por isso, merece ser mantida.

Em recente julgado proferido no REsp n. 1.285.483/PB, a Segunda Seção firmou entendimento de que "não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão".

Eis como foi ementado o mencionado julgado:

RECURSO ESPECIAL. ASSISTÊNCIA PRIVADA À SAÚDE. PLANOS DE SAÚDE DE AUTOGESTÃO. FORMA PECULIAR DE CONSTITUIÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. PRODUTO NÃO OFERECIDO AO MERCADO DE CONSUMO. INEXISTÊNCIA DE FINALIDADE LUCRATIVA. RELAÇÃO DE CONSUMO NÃO CONFIGURADA. NÃO INCIDÊNCIA DO CDC.

1. A operadora de planos privados de assistência à saúde, na modalidade de autogestão, é pessoa jurídica de direito privado sem finalidades lucrativas que, vinculada ou não à entidade pública ou privada, opera plano de assistência à saúde com exclusividade para um público determinado de beneficiários.

2. A constituição dos planos sob a modalidade de autogestão diferencia, sensivelmente, essas pessoas jurídicas quanto à administração, forma de associação, obtenção e repartição de receitas, diverso dos contratos firmados com empresas que exploram essa atividade no mercado e visam ao lucro.

3. Não se aplica o Código de Defesa do Consumidor ao contrato de plano de saúde administrado por entidade de autogestão, por inexistência de relação de consumo.

4. Recurso especial não provido.

(REsp n. 1.285.483/PB, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 22/6/2016, DJe 16/8/2016).

No entanto, esse posicionamento não afasta a obrigação dos planos de saúde de autogestão de cumprirem as obrigações previstas em contrato. Assim, estando prevista a cobertura de determinado tratamento, impossível a recusa de cobertura pelas operadoras de saúde.

Conforme analisado na decisão agravada, o Tribunal de origem, ao julgar a apelação, consignou o seguinte excerto (e-STJ, fls. 241-253):



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

(...)

É certo que o sistema de autogestão possui algumas peculiaridades, dentre as quais a dispensa de oferecer plano-referência, na linha do que estabelece o artigo 10, §§ 20 e 30, da Lei 9.656/98, e uma maior franquia para dispor sobre as coberturas e seus limites.

isso não significa, entretanto, que os planos de autogestão estejam completamente fora das fronteiras da legislação especial sobre saúde suplementar e da legislação consumerista, tendo em vista que a proteção ao consumidor alcança toda e qualquer modalidade de plano ou seguro privado de saúde. Nesse sentido é pacífica a jurisprudência desta Corte de Justiça, como ilustram os seguintes julgados:

(...)

II. Fornecimento do material prescrito

Partindo da premissa de que os planos de assistência à saúde foram moldados legalmente para compreender todas as ações necessárias à manutenção e à recuperação da saúde do consumidor, na esteira do que prescreve o artigo 35-F da Lei 9.656/98, emerge sobranceira a conclusão de que apenas os procedimentos médicos ou hospitalares excluídos de maneira clara e expressa, pela lei ou pelo contrato, podem ser recusados pelas operadoras do sistema suplementar. A propósito, reza o artigo 16, inciso VI, da Lei 9.656/98:

(...)

Dentro da mesma perspectiva de proteção contratual do consumidor, vale trazer à baila o disposto no artigo 51, inciso IV e § 10, inciso I I, da Lei 8.078/90, *verbis*:

(...)

A luz desse painel normativo não é possível deixar de reconhecer a antijuridicidade da negativa da Apelante em fornecer o material requisitado pelo médico que assiste a Apelada para a realização do procedimento cirúrgico.

Sob a justificativa de que não são indispensáveis ao sucesso da cirurgia e não constam no rol da Agência Nacional de Saúde, a Apelante se recusou a autorizar o fornecimento dos seguintes materiais: dreno e reservatório de silicone;

grampeadores e cargas; sistema de compressão e meia elástica.

De acordo com o relatório médico de fis. 27/29, a Apelada é portadora de endometriose ovariana, endometriose retrocervical, endometriose do fórnice vaginal posterior, espaço retovaginal e endometriose intestinal de retossigmóide e necessitava de tratamento cirúrgico especializado. Segundo consta desse documento:

(...)

A Apelante não produziu nenhuma prova quanto à desnecessidade ou ineficácia dos materiais para o procedimento cirúrgico e a suposta falta de previsão contratual também não é capaz de, por si só, desvanecer o direito subjetivo da Apelada.

Em verdade, a Recorrente sequer trouxe aos autos o contrato celebrado. De toda maneira, a alegada exclusão contratual a partir do rol da ANS não pode ser considerada completa e exaustiva, mesmo porque restrições convencionais não podem impor limitações arbitrárias à forma pela qual pode ser levado a efeito o tratamento médico prescrito para o paciente. Conforme decidiu este Tribunal de Justiça:



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

(...)

A toda evidência, se o contrato contempla a cobertura da doença que acometia a Apelada - a própria Apelante afirma que autorizou a cobertura do procedimento, limitando, contudo, o material requisitado -, não se pode consentir na exclusão dos meios de tratamento considerados adequados pelos médicos que a assistem. Do contrário, cairia por terra toda a proteção contratual ao consumidor arquitetada pela lei de regência e pelo Código de Defesa do Consumidor. É o que ilustram as seguintes ementas do Superior Tribunal de Justiça:

(...)

Acrescente-se que a doença que acometia a Apelada está compreendida na latitude do artigo 10 da Lei 9.656/98, de maneira que não poderia prevalecer qualquer restrição quanto à sua cobertura. Por via de consequência, havendo irrecusável cobertura da doença, não pode haver limitação quanto aos materiais cirúrgicos prescritos pelo médico, sob pena de restar inutilizada a própria abrangência contratual.

Vale enfatizar que a prescrição de materiais específicos (fls. 35/36) foi movida pelo escopo de preservar a saúde da Apelada e por isso a Apelante não podia se esquivar da sua cobertura. Conforme decidiu o Superior Tribunal de Justiça:

(...)

Em se tratando de negativa de autorização que inviabiliza a realização de cirurgia agendada ou torna o procedimento arriscado, como na espécie, parece evidente a afetação de atributos da personalidade, na medida em que qualquer pessoa nessas circunstâncias encontra-se em situação de abatimento físico e emocional que é enormemente agravado pela conduta reticente do plano de assistência à saúde que se recusa a conceder o amparo contratual devido.

A hipótese, decisivamente, não é de simples aborrecimento ou desassossego, mas de angústia e incerteza quanto à possibilidade de agravamento do seu quadro clínico, que se refletem indiscutivelmente no equilíbrio emocional e psíquico do paciente. O dano moral, por conseguinte, é irrecusável. Em decisão que espelha o consenso jurisprudencial sobre a matéria, decidiu o Superior Tribunal de Justiça:

(...)

Dentro desse esquadro fático e jurídico, ressaí inocultável a caracterização do dano moral.

(...)

À luz desses paradigmas, a quantia de R\$ 10.000,00 interpreta melhor a combinação dos elementos de persuasão que plasmam e influenciam o arbitramento da compensação do dano moral, traduzindo com fidelidade o equilíbrio entre o fator indenizatório e o veto ao enriquecimento ilícito. Calha transcrever, a propósito, o seguinte precedente do Superior Tribunal de Justiça: (...). (sem grifo no original).

Dessa forma, o Tribunal de origem concluiu ser abusiva a negativa da operadora do plano de saúde em fornecer os materiais requisitados pelo médico cirurgião.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

No particular, ratifico que o aresto recorrido está em consonância com a orientação desta Casa estabelecida no sentido de que, havendo cobertura para a doença, consequentemente haverá cobertura para procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de enfermidades previstas no respectivo contrato.

Ora, compete ao profissional habilitado indicar a opção adequada para o tratamento da doença que acomete seu paciente, não incumbindo à seguradora discutir o procedimento, mas custear as despesas de acordo com a melhor técnica.

De fato, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça reconhece a possibilidade de o plano de saúde estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de procedimento utilizado para o tratamento de cada uma delas.

Nesse sentido: REsp n. 668.216/SP, Ministro Carlos Alberto Menezes Direito, DJ de 2/4/2007; REsp n. 880.035/PR, Ministro Jorge Scartezzini, DJ de 18/12/2006; AG n. 1.137.474/SP, Ministro Sidnei Beneti, DJ de 19/6/2009.

Ratifica esse entendimento o seguinte julgado:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. HEMODIÁLISE. NEGATIVA DE COBERTURA. ART. 535 DO CPC. OMISSÃO. INEXISTÊNCIA. CLÁUSULA ABUSIVA. SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. AUSÊNCIA DE IMPUGNAÇÃO DOS FUNDAMENTOS DO ACÓRDÃO RECORRIDO. SÚMULA N. 283/STF. DECISÃO MANTIDA.

1. Inexiste afronta ao art. 535 do CPC quando o acórdão recorrido analisou todas as questões pertinentes para a solução da lide, pronunciando-se, de forma clara e suficiente, sobre a controvérsia estabelecida nos autos.

2. É pacífico nesta Corte o entendimento segundo o qual é abusiva a cláusula que exclui da cobertura do plano de saúde algum tipo de procedimento ou medicamento necessário para assegurar o tratamento de doenças previstas no referido plano.

3. O recurso especial que não impugna fundamento do acórdão recorrido suficiente para mantê-lo não deve ser admitido, a teor da Súmula n. 283/STF.

4. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no AREsp n. 121.036/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 5/3/2013, DJe 14/3/2013).

Aplica-se, portanto, o disposto no enunciado n. 83 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça.

Relativamente à configuração dos danos morais, o entendimento do STJ é



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

de que o mero descumprimento contratual não enseja a reparação moral, as situações de recusa injustificada de cobertura por parte de operadora de plano de saúde para tratamento do segurado, como se observa na espécie, caracterizam situação de especial violação dos direitos da personalidade, não se tratando de mero aborrecimento.

Corroboram esse entendimento os seguintes precedentes:

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. NEGATIVA DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO A PACIENTE COM ANEURISMA CEREBRAL. DANO MORAL. RECUSA INDEVIDA E INJUSTIFICADA. CARACTERIZAÇÃO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. REDUÇÃO. INVIABILIDADE. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. Nas hipóteses em que há recusa indevida de realização de procedimento e/ou fornecimento de medicamento por parte da operadora do plano de saúde para tratamento do segurado, como ocorrido no presente caso, a jurisprudência do STJ é assente quanto à caracterização de dano moral, não se tratando apenas de mero aborrecimento.

2. Somente é possível a revisão do montante da indenização a título de danos morais nas hipóteses em que o quantum fixado na origem for exorbitante ou irrisório, o que, no entanto, não ocorreu no caso em exame. Isso, porque a indenização, arbitrada em R\$ 20.000,00, não é exorbitante nem desproporcional aos danos sofridos pela recorrida, que teve negado indevidamente o fornecimento de material essencial à realização de procedimento cirúrgico e de medicamento para tratar enfermidade grave, qual seja, aneurisma cerebral.

3. Agravo interno não provido.

(AgRg no REsp n. 1.014.906/MA, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 3/5/2016, DJe 13/5/2016).

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO DESTINADO À QUIMIOTERAPIA. RECUSA. CLÁUSULA ABUSIVA. DANOS MORAIS. INEXISTÊNCIA DE AFRONTA AO ART. 535 DO CPC. OMISSÃO NÃO VERIFICADA. DECISÃO RECORRIDA EM SINTONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO. SÚMULA N. 7/STJ. DECISÃO MANTIDA.

1. 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 referido plano.

2. A recusa indevida da operadora de plano de saúde em autorizar o tratamento do segurado é passível de condenação por dano moral, uma vez que agrava a situação de aflição e angústia do segurado, cuja higidez físico-psicológica já estaria comprometida pela enfermidade.

Precedentes.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

3. 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 óbice da Súmula n. 7/STJ para possibilitar a revisão da quantia. Na hipótese em exame, o valor estabelecido pelo Tribunal de origem não se mostra excessivo, a justificar a reavaliação, em recurso especial, da verba indenizatória fixada.

4. Agravo regimental a que se nega provimento.

(AgRg no AREsp n. 733.825/SP, Relator Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 10/11/2015, DJe 16/11/2015).

No tocante ao valor indenizatório, reafirmo que esta Corte entende ser admissível modificá-lo em recurso especial somente quando o montante estabelecido na origem for excessivo ou irrisório, de forma a violar os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, o que não ocorreu na espécie. Isso porque o Tribunal de origem fixou o *quantum* de danos morais em R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Nessa mesma linha de entendimento:

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. INDEVIDA RECUSA DE COBERTURA. DANO MORAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO. PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE RESPEITADA. AGRAVO NÃO PROVIDO.

1. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça 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 médico.

2. O entendimento desta Corte é pacífico no sentido de que o valor estabelecido pelas instâncias ordinárias a título de indenização por danos morais pode ser revisto tão somente nas hipóteses em que a condenação se revelar irrisória ou exorbitante, distanciando-se dos padrões de razoabilidade, o que não se evidencia no caso em tela.

3. Não se verifica no montante fixado - R\$ 15.000,00 - violação do princípio da proporcionalidade, a configurar situação teratológica, motivo pelo qual o caso não se revela hipótese de intervenção deste Tribunal Superior no quantum estabelecido pelas instâncias ordinárias.

4. Agravo regimental não provido.

(AgRg no AREsp n. 640.989/RJ, Relator Ministro RAUL ARAÚJO, QUARTA TURMA, julgado em 6/8/2015, DJe 14/8/2015).

ADMINISTRATIVO. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO. MORTE DE CÔNJUGE E MÃE DOS AUTORES. DESCUMPRIMENTO DE DECISÃO JUDICIAL QUE DETERMINOU O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. FUNDAMENTO CONSTITUCIONAL NÃO IMPUGNADO. SÚMULA 126/STJ. REVISÃO DA EXTENSÃO DOS DANOS SUPORTADOS. DANOS MORAIS. INEXISTÊNCIA DE EXORBITÂNCIA. SÚMULA 7/STJ.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

1. Cuida-se, na origem, de demanda reparatoria de danos morais e materiais ajuizada pelo cônjuge e por dois filhos de pessoa falecida por doença para a qual fora prescrito medicamento não fornecido pelo Estado, o qual descumpriu decisão judicial que lhe impôs essa obrigação.
2. No que concerne ao reconhecimento da responsabilidade civil do Estado, o Tribunal a quo adotou motivação constitucional não impugnada pelo Recurso Extraordinário cabível, de modo que se aplica a Súmula 126/STJ: "É inadmissível recurso especial, quando o acórdão recorrido assenta em fundamentos constitucional e infraconstitucional, qualquer deles suficiente, por si só, para mantê-lo, e a parte vencida não manifesta recurso extraordinário".
3. O acolhimento da pretensão recursal quanto à extensão dos danos patrimoniais e morais a serem reparados exige revolvimento fático-probatório, o que atrai a incidência da Súmula 7/STJ.
4. É firme a jurisprudência do STJ no sentido de que, ressalvadas as hipóteses de irrisoriedade ou de exorbitância, não se pode revisar, em Recurso Especial, o valor da condenação por danos morais. In casu, não há como reconhecer, de plano, que seja abusiva a condenação em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), em favor dos agravados.
5. Agravo Regimental não provido.
(AgRg no AREsp n. 394.706/RS, Relator Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, julgado em 5/12/2013, DJe 6/3/2014).

Portanto, não há razões para modificar a decisão agravada.

Diante do exposto, nego provimento ao agravo interno.

É como voto.



SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

CERTIDÃO DE JULGAMENTO TERCEIRA TURMA

Número Registro: 2016/0095282-8

AgInt no
AREsp 901.638 / DF

Números Origem: 01679732020148070001 20140111679734 20140111679734AGS

PAUTA: 06/10/2016

JULGADO: 06/10/2016

Relator

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Presidente da Sessão

Exmo. Sr. Ministro **MARCO AURÉLIO BELLIZZE**

Subprocuradora-Geral da República

Exma. Sra. Dra. **LINDÔRA MARIA ARAÚJO**

Secretária

Bela. **MARIA AUXILIADORA RAMALHO DA ROCHA**

AUTUAÇÃO

AGRAVANTE : ASSEFAZ - FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO
MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - SP128341
AGRAVADO : MARCELA DE ANDRADE SOARES MARENSI
ADVOGADO : SARAH GUIMARÃES DE MATOS - DF026559

ASSUNTO: DIREITO CIVIL

AGRAVO INTERNO

AGRAVANTE : ASSEFAZ - FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO
MINISTÉRIO DA FAZENDA
ADVOGADO : NELSON WILIANS FRATONI RODRIGUES - SP128341
AGRAVADO : MARCELA DE ANDRADE SOARES MARENSI
ADVOGADO : SARAH GUIMARÃES DE MATOS - DF026559

CERTIDÃO

Certifico que a egrégia TERCEIRA TURMA, ao apreciar o processo em epígrafe na sessão realizada nesta data, proferiu a seguinte decisão:

A Turma, por unanimidade, negou provimento ao agravo, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a).

Os Srs. Ministros Moura Ribeiro, Nancy Andrighi e Paulo de Tarso Sanseverino votaram com o Sr. Ministro Relator.

Ausente, justificadamente, o Sr. Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva.