PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

TRIBUNAL DE JUSTIÇA

QUARTA CÂMARA CÍVEL

ACÓRDÃO

Apelação Cível nº 0016730-55.2013.815.2001

Origem : 14ª Vara Cível da Comarca da Capital

Relator : Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho

Apelante : Caixa de Assistência dos Empregados da Sociedade Anônima de Eletrificação do Estado da Paraíba – FUNASA SAÚDE

Advogado : Nildeval Chianca Rodrigues Júnior - OAB/PB nº 12.765

Apelado : Saulo Caldas de Albuquerque

Advogado : Diego Fabrício Cavalcanti de Albuquerque – OAB/PB nº 15.577

APELAÇÃO. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C REPARAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURADO COM PATOLOGIA. PROCEDÊNCIA. IRRESIGNAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE. NECESSIDADE DE TRATAMENTO ESPECÍFICO. NEGATIVA DA SEGURADORA. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREVISÃO CONTRATUAL E INEXISTÊNCIA NO ROL DESCRITO PELA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ELENCO NÃO EXAUSTIVO DE PROCEDIMENTOS CONTEMPLADOS. PREVISÃO, NO INSTRUMENTO CONTRATUAL, DE TRATAMENTO NA ÁREA DE ONCOLOGIA. RELAÇÃO CONSUMERISTA. INTERPRETAÇÃO À

LUZ DO ART. 51, IV, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL. DANO MORAL. ABALO À SAÚDE. ATO ILÍCITO. REQUISITOS DA RESPONSABILIDADE CIVIL. DEMONSTRAÇÃO. CONDENAÇÃO. VALOR ARBITRADO. CRITÉRIOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE ATENDIDOS. MANUTENÇÃO DO *DECISUM*. DESPROVIMENTO.

- A teor das particularidades das relações contratuais de consumo, as avenças havidas entre fornecedor de serviço e consumidor não podem ser analisadas a partir do vetusto princípio do *pacta sunt servanda*, sendo de rigor a aplicação da boa-fé e da função social dos contratos, merecendo a pecha da nulidade absoluta a cláusula instituidora de obrigações abusivas à parte hipossuficiente.

- Revela-se abusiva a recusa de exame necessário à saúde do segurado, ao argumento de ausência de cobertura contratual, bem como em razão da inexistência de previsão do procedimento indicado no rol descrito na Agência Nacional de Saúde.

- O elenco de tratamentos previsto pela Agência Nacional de Saúde não é taxativo, servindo, apenas, de norte aos planos de saúde, posto que se as hipóteses fossem restritivas não acompanhariam o desenvolvimento da medicina, com o surgimento de

exames e procedimentos cada vez mais avançados.

- Havendo, no instrumento contratual, previsão de tratamento, na área de oncologia, pressupõe, também, o procedimento indicado pelo médico para procedimento referente à enfermidade do paciente.

- A conduta consistente na negativa de procedimento, solicitada pelo médico em favor do paciente, enseja o dever de indenizá-lo moralmente, diante da insegurança, aflição e sofrimento, causados ao enfermo.

- Na fixação da verba indenizatória, observam-se as circunstâncias do fato e a condição do ofensor e do ofendido, para que o *quantum* reparatório não perca seu caráter pedagógico, não se constitua em lucro fácil para o lesado, nem se traduza em quantia irrisória.

VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos.

ACORDA a Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, desprover o recurso apelatório.

Nildeval Chianca Rodrigues Júnior, embora beneficiário de plano de saúde junto à **FUNASA SAÚDE - Caixa de Assistência dos Empregados da Sociedade Anônima de Eletrificação do Estado da Paraíba** e encontrar-se com **Melanoma Maligno,** teve negado o seu pedido, concernente à realização do exame PET SCAN ONCOLÓGICO, prescrito pelo profissional de

saúde, fl. 81, sob a alegação de ausência de cobertura contratual, bem como em razão de não estar contemplado nas diretrizes da Agência Nacional de Saúde – ANS.

A **FUNASA SAÚDE - Caixa de Assistência dos Empregados da Sociedade Anônima de Eletrificação do Estado da Paraíba**, devidamente citada, apresentou contestação, fls. 151/182, na qual refutou os termos da exordial, postulando, por fim, pela total improcedência dos requerimentos.

O Juiz *a quo* julgou procedente a pretensão exordial, fls. 333/338, nos seguintes termos:

> ISTO POSTO, por tudo o quanto que dos autos constam, e em razão dos princípios de direito aplicáveis à espécie, JULGO PROCEDENTE a pretensão do autor, para reconhecer a OBRIGAÇÃO DE FAZER por parte da entidade promovida, em realizar o EXAME PET SCAN requerido, devendo a omissão ou o lacônico contratual ser interpretado em proveito do consumidor, confirmando-se, igualmente, em sua plenitude, a tutela antecipada às fls. 96/98.
>
> CONDENO, ainda, a parte promovida a pagar ao promovente DANOS MORAIS, que fixo em R$ 5.000,00 (CINCO MIL REAIS), corrigidos a partir desta data.
>
> Ato contínuo, EXTINGO O PROCESSO COM RESOLUÇÃO DE MÉRITO, o que faço arrimado no inciso I, do art. 269, do Código de Processo Civil.
>
> Custas processuais pela promovida. Honorários advocatícios, que arbitro em 20% (vinte por cento) do valor da condenação.

Inconformada, a **FUNASA SAÚDE - Caixa de Assistência dos Empregados da Sociedade Anônima de Eletrificação do Estado da Paraíba** interpôs **APELAÇÃO**, fls. 341/373, aduzindo, em síntese, a ausência de cobertura, no plano contratado, e no rol da Agência Nacional de Saúde, para a realização do exame requerido, porquanto não pode ser responsabilizada a ofertar serviços além dos previstos, sob pena de desequilíbrio e prejuízo contratual. Assevera a inaplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor às operadoras atuantes como autogestão e a ausência de evidência científica quanto ao procedimento indicado. Sustenta, ainda, a inexistência de danos morais, haja vista ter agido no exercício regular de direito, ou a redução do *quantum* arbitrado para um patamar razoável e proporcional. Ao final, pugna pelo provimento do recurso.

Contrarrazões não ofertadas pela **parte autora**, consoante certidão de fl. 379.

É O RELATÓRIO.

VOTO

Como é cediço que o Poder Judiciário vem sendo acionado, com frequência, para resolver conflitos de interesses subjacentes à operacionalização da modalidade contratual denominada seguro saúde.

Em meio a essa conjuntura de acirrado confrontamento entre as classes consumidora e fornecedora de serviços de assistência médico-hospitalar, veio a Lei Federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998, com o propósito de regulamentar os limites da autonomia dos planos de saúde para a pré-formatação de cláusulas contratuais restritivas.

É bem verdade que, conforme estabelece o seu art. 35, as disposições da mencionada lei deveriam, em linha de princípio, aplicar-se, tão somente, aos contratos celebrados a partir de sua vigência, assegurada aos

consumidores titulares de contratos celebrados, em data anterior, a possibilidade de optar pela adaptação ao novo sistema, sem necessidade de nova contagem dos períodos de carência (§3º).

No entanto, a esmagadora maioria dos consumidores optou por preservar a conformação original de seus planos antigos, porquanto a sua adequação à nova lei de regência implicaria o pagamento de preços mais altos àqueles existentes antes do advento dela vinham sendo praticados.

Sensível a essa circunstância, a Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça firmou, através da Portaria nº 3, de 19.03.1999, orientação no sentido de, mesmo nos contratos de plano de saúde celebrados anteriormente à Lei Federal nº 9.656/98, são nulas de pleno direito as cláusulas impondo limites ou restrições a procedimentos médicos, contrariando prescrição médica.

Não poderia ser diferente, pois ao contratar um Plano Privado de Assistência Médico-Hospitalar, o consumidor tem a legítima expectativa de, caso venha a ser acometido de alguma enfermidade, a empresa contratada arcará com todos os custos necessários ao restabelecimento de sua saúde.

Tal prática, todavia, vem ocorrendo, pois, enquanto os pactuantes assumem, sem quaisquer reservas, o risco de, eventualmente, pagarem a vida inteira pelo plano e jamais se beneficiarem dele, a operadora apenas assume o risco de arcar com os custos de tratamento de determinadas doenças, normalmente as de mais simples (e, por conseguinte, as de menor custo) solução.

Esse tipo de limitação de cobertura deixa o consumidor em situação de desvantagem exagerada, na exata medida em que restringe direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato de seguro-saúde.

Há, sem dúvida, inadmissível desvirtuamento da

natureza do contrato de seguro, particularizada pela marca da aleatoriedade, quando uma só das partes limita o risco, o qual é assumido integralmente pela outra. Por isso mesmo, as cláusulas existentes nesse gênero são nulas de pleno direito, conforme estabelece o art. 51, IV c/c § 1º, I e II, do Código de Defesa do Consumidor:

> Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:
> (...)
> IV – estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, **que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada**, ou seja, incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.
> (...)
> § 1º. Presume-se exagerada, ente outros casos, a vantagem que:
> **(...)**
> **II – restringe direitos ou obrigações fundamentais inerentes à natureza do contrato, de tal modo a ameaçar seu objeto ou o equilíbrio contratual**.
> **III – se mostra excessivamente onerosa para o consumidor, considerando-se a natureza e conteúdo do contrato, o interesse das partes e outras circunstâncias peculiares do caso** - negritei.

Com base nesse fundamento, os tribunais brasileiros vêm declarando a abusividade de cláusulas contratuais que restrinjam coberturas ou estabeleçam exclusões atentatórias à legítima expectativa do consumidor de receber integral assistência do plano de saúde, **entendimento do qual comungo plenamente.**

Não se trata de negar a força vinculante liberada por tais pactos. Absolutamente. Trata-se isto, sim, de, reconhecendo-a, emprestar a ela

exegese e aplicação conforme ao espírito protetivo do Direito Consumerista e à importância do objeto contratado: a tutela da saúde de um ser humano.

No caso, em comento, a **FUNASA SAÚDE - Caixa de Assistência dos Empregados da Sociedade Anônima de Eletrificação do Estado da Paraíba** assevera que o tratamento vindicado pelo promovente foi negado em razão da ausência de cobertura contratual e em virtude de não estar contemplado nas diretrizes da ANS - Agência Nacional de Saúde.

Tais alegações, contudo, não merecem prosperar, consoante se depreende dos fundamentos, acima expostos, e da documentação encartada aos autos, pois inobstante o art. 10, §4º, da Lei nº 9.656/98, estabeleça que a extensão das coberturas contratuais seja consignada pela Agência Nacional de Saúde, convém esclarecer que o rol de tratamentos previsto pela Agência Nacional de Saúde não é taxativo, servindo, apenas, de norte aos planos de saúde. Ademais, não poderia ser diferente, haja vista que se as hipóteses fossem restritivas, não acompanhariam o desenvolvimento da medicina, com o surgimento de exames e tratamentos cada vez mais avançados.

Dessa forma, o segurado não pode ser prejudicado, em virtude do tratamento específico não constar no instrumento contratual, até porque se há previsão da patologia, pressupõe, também, o procedimento indicado pelo médico para o tratamento da respectiva enfermidade, inclusive na cláusula sétima, do instrumento contratual, fl. 42, abrange o custeio referente aos serviços relacionados à oncologia.

Nesse sentido, convém transcrever o posicionamento adotado pelos Tribunais pátrios:

> **DIREITO PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PLANO DE SAÚDE. PACIENTE PORTADORA DE NEOPLASIA**

ENCEFÁLICA. PRESCRIÇÃO MÉDICA PARA REALIZAÇÃO DE SESSÕES DE RADIOTERAPIA COM MODULAÇÃO DA INTENSIDADE DO FEIXE (IMRT) E DE RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGEM (IGRT). NEGATIVA DE COBERTURA. DESCABIMENTO. HONORÁRIOS. MANUTENÇÃO. SENTENÇA MANTIDA. 1. O rol de procedimentos e eventos em saúde previstos em resolução da ans constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória nos planos privados de assistência a saúde, mostrando-se descabida a negativa de autorização de procedimento indispensável à garantia da saúde e da vida, obrigações inerentes à natureza de um contrato de plano de saúde, sob pena de ameaçar o seu objeto, violando, por conseguinte, o art. 51, inc. IV, do CDC. 2. Patente a responsabilidade do plano de saúde quanto ao dever de indenizar, pois a recusa injustificada de cobertura de procedimento, essencial para a definição do diagnóstico e início do tratamento específico, gera angústia e intranquilidade, frustrando a legítima expectativa da requerente quanto à sua recuperação, além de atentar contra os princípios da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde. 3. O rol de procedimentos previstos pela ans não é taxativo e representa, apenas, referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de plano de saúde. 4. Fixados os honorários advocatícios em valor justo, sopesando a importância da causa e o trabalho desenvolvido, impõe-se a manutenção. 5. Recurso da ré conhecido e desprovido. (TJDF; Rec

2014.01.1.107423-6; Ac. 853.236; Quinta Turma Cível; Rel. Des. Sandoval Oliveira; DJDFTE 12/03/2015; Pág. 373) - negritei.

E,

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE. EXAME PET SCAN. CONTRATO ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98. APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. RESPONSABILIDADE CIVIL. NEGATIVA DE COBERTURA. ILEGALIDADE. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. REDUÇÃO DO QUANTUM ARBITRADO. 1. Na espécie, tem-se por prescindível a aplicação da Lei nº 9.656/98, utilizando-se como legislação pertinente o Código de Defesa do Consumidor, já em vigência à época da celebração do contrato. 2. Dispõe o enunciado nº 469 do Superior Tribunal de Justiça: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde. 3. Considerando que a realização do exame PET SCAN, tem por escopo a preservação da saúde do segurado e a observância dos direitos fundamentais inerentes à natureza do contrato, é de se considerar que a sua restrição configura-se nulidade absoluta, impondo-se à seguradora o respectivo custeio. 4. A indenização serve a propósito punitivo e preventivo, não podendo, porém, exorbitar da compensação efetivamente devida, para não restar configurado o enriquecimento sem causa. Assim, dadas as nuances do caso concreto, tem-se

por razoável reduzir o arbitramento para o valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais). 5. Apelo parcialmente provido. (TJPE; APL 0023538-71.2014.8.17.0001; Quinta Câmara Cível; Rel. Des. José Fernandes de Lemos; Julg. 08/02/2017; DJEPE 20/02/2017) – destaquei.

Igualmente, esta Corte de Justiça se posicionou:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E CONSUMERISTA. PLANO DE SAÚDE. GLAUCOMA. PREVISÃO DE COBERTURA PARA A DOENÇA. TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA. EXAME INDICADO PELO MÉDICO. AUSÊNCIA DE EXCLUSÃO EXPRESSA. ANS. ROL EXEMPLIFICATIVO. NEGATIVA INDEVIDA. DANOS MORAIS CONFIGURADOS. INDENIZAÇÃO DEVIDA. RECURSO ADESIVO. QUANTUM INDENIZATÓRIO ARBITRADO EM OBSERVÂNCIA AOS POSTULADOS DA RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE. DESPROVIMENTO DO APELO E DO RECURSO ADESIVO. Não havendo exclusão para a doença que acometeu a parte contratante, ou para o exame indicado por profissional habilitado, deve ser o mesmo coberto pelo plano de saúde, em atendimento ao disposto no artigo 47 do CDC, visando a tutela do direito constitucional da saúde, que possui extrema relevância à vida e à dignidade humana, constituindo pré requisito à existência e ao exercício de todos os demais direitos. O rol de procedimentos da ans é meramente exemplificativo, contendo

> apenas o mínimo obrigatório de procedimentos a serem cobertos pela operadora do plano de saúde, não sendo crível, portanto, negar-se a realização de exame sob o argumento de que referido procedimento não se encontra expresso no rol daquela agência reguladora. Ao negar o exame necessário ao acompanhamento do mal que aflige a parte autora sem qualquer subsídio legal ou contratual, a empresa de plano de saúde requerida não descumpre apenas o disposto em contrato, mas ameaça a saúde da parte requerente, eis que tolhida de acompanhar a evolução da doença, que caso não seja devidamente tratada e acompanhada, pode levar até a perda da visão, sentido de incontestável importância para a vida humana. Deve ser mantido o valor da indenização por danos morais quando arbitrado observando os postulados da proporcionalidade e da razoabilidade, sendo suficiente tanto para amenizar o sofrimento da apelada, quanto para servir como fator de desestímulo, a fim de que o recorrente/ofensor não volte a praticar novos atos de tal natureza. (TJPB; APL 0007387-29.2013.815.2003; Terceira Câmara Especializada Cível; Relª Desª Maria das Graças Morais Guedes; DJPB 31/03/2015; Pág. 25) - negritei.

Logo, diante dos argumentos expostos, revela-se abusiva a recusa em efetuar o exame necessário à saúde do promovente, devendo, portanto, a seguradora suportar as despesas decorrentes da realização do procedimento indicado, consoante o laudo médico acostado à fl. 81, o qual possui habilitação profissional para indicar o tratamento adequado ao paciente.

De outra banda, convém esclarecer que a recorrente, mesmo sendo entidade de autogestão, está sujeita às normas estabelecidas no Código de Defesa do Consumidor, pois existe a prestação dos serviços de saúde mediante a contraprestação do autor, inclusive há súmula do Superior Tribunal de Justiça, manifestando-se sobre o tema:

> Súmula 469 do STJ: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde.

No mesmo sentido, já decidiu esta Egrégia Corte em caso similar:

> APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. PLANO DE SAÚDE. <u>AUTOGESTÃO. APLICABILIDADE DAS NORMAS CONSUMERISTAS. POSSIBILIDADE</u>. DESCREDENCIAMENTO DE NOSOCÔMICO SEM PRÉVIO AVISO DA CONSUMIDORA. PACIENTE PORTADORA DE CÂNCER DE MAMA EM ESTÁGIO AVANÇADO. CIÊNCIA DO FATO APENAS NO DIA APRAZADO PARA A REALIZAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA. MÁ-PRESTAÇÃO DO SERVIÇO. DEVER DE CUSTEIO. DANOS EXTRAPATRIMONIAIS CONFIGURADOS. PROVIMENTO DO APELO DA PARTE AUTORA. RECURSO DA PROMOVIDA PREJUDICADO. (AC nº 00300239720108152001, 2ª Câmara Especializada Cível, Rel. Des. Oswaldo Trigueiro do Valle Filho, j. Em 07/10/2014) - destaquei.

Ato contínuo, infere-se que o entendimento da Corte

acima explicitado tem aplicabilidade nos contratos de plano de saúde administrados por entidade de autogestão, posto que, para fins de caracterização de relação de consumo, o que importa é o objeto contratado, sendo irrelevante a natureza jurídica da entidade que presta os serviços, mesmo aquelas sem finalidade lucrativa.

Nessa senda, na relação estabelecida entre os litigantes incidem as regras consumeristas, uma vez que as indenizações por danos materiais e morais perseguidas consiste na falha da prestação do serviço realizado pela operadora de plano de saúde, cabendo, portanto, a inversão do ônus da prova em favor da parte hipossuficiente, qual seja, o consumidor.

De mais a mais, melhor sorte também não assiste à apelante quando defende a inexistência de dano moral.

Acerca da responsabilidade civil, a doutrina é assente em conceituar o dano moral como a lesão aos sentimentos, que atinge a subjetividade das pessoas, causando-lhes inquietações espirituais, sofrimentos, vexames, dores, enfim, sensações negativas.

Dessa forma, para a caracterização do dano moral, basta a demonstração de uma situação que conduza à presunção da existência de uma lesão a causar repercussão no universo psíquico do ofendido.

No caso posto em apreciação, inconteste se encontra o dano moral suportado pela paciente, isso porque a negativa de realização do tratamento requerido pelo médico, causou-lhe insegurança, aflição e sofrimento.

A propósito, colaciono o escólio:

> **CÍVEL.** Apelações e agravo retido. Inviabilidade de impugnação da decisão que concede tutela antecipada pela forma retida. Agravo retido não conhecido. Ação de obrigação de fazer. Plano de

saúde. Negativa de cobertura de tratamento com esquema folfirinox. Paciente portador de tumor de reto metastático para fígado. Recusa fundada em não previsão do tratamento no rol da ans e off label. Julgamento antecipado da lide. Cerceamento de defesa não caracterizado no caso concreto. Bulas dos medicamentos prescritos que prevêem indicação para a moléstia do autor. Inviabilidade de limitar tratamento necessário ao combate da doença coberta. Princípio da boa-fé objetiva. Negativa de cobertura indevida. Obrigação de fazer confirmada. Dano moral. Configuração. Beneficiário acometido por doença grave (câncer colorretal com metástase para fígado). Quantum indenizatório arbitrado compatível com os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, tendo em vista as circunstâncias do caso concreto. Sentença confirmada. Recursos não providos. (TJPR; ApCiv 1418402-8; Londrina; Décima Câmara Cível; Relª Desª Lilian Romero; Julg. 16/03/2016; DJPR 09/05/2016; Pág. 188)

No tocante ao arbitramento do *quantum* extrapatrimonial, cumpre esclarecer que os critérios utilizados para a fixação da verba compensatória moral devem estar de acordo com a melhor orientação doutrinária e jurisprudencial versando sobre a matéria *sub examine,* consoante a qual incumbe ao magistrado arbitrar, observando as peculiaridades do caso concreto, bem como as condições financeiras do agente e a situação da vítima, de modo que não se torne fonte de enriquecimento, tampouco que seja inexpressivo a ponto de não atender aos fins a que se propõe.

Sendo assim, no intuito de se perquirir o valor do dano moral é necessário levar em consideração as condições financeiras dos

envolvidos, a fim de que não se transponham os limites dos bons princípios e da igualdade que regem as relações de direito, evitando, por conseguinte, um prêmio indevido ao ofendido, indo muito além da recompensa ao desconforto, ao desagrado, aos efeitos do gravame suportado.

Diante do panorama, acima narrado, entendo que a verba indenizatória moral fixada em primeiro grau, no importe de **R$ 5.000,00 (cinco mil reais)** merece ser mantida, por ter sido esta fixada de forma proporcional, a qual possui o intuito de amenizar o infortúnio suportado pela parte autora, bem como se tornar um fator de desestímulo, a fim de que a ofensora não torne a praticar novos atos de tal natureza.

À luz dessas considerações, vê-se que a sentença bem aplicou os fatos e sopesou o direito, não havendo motivo para reformá-la.

Ante o exposto, **NEGO PROVIMENTO AO RECURSO APELATÓRIO**.

É o **VOTO.**

Presidiu o julgamento o Desembargador Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho (Relator). Participaram, ainda, os Desembargadores João Alves da Silva e Romero Marcelo da Fonseca Oliveira.

Presente a Dra. Vanina Nóbrega de Freitas Dias Feitosa, Promotora de Justiça, representando o Ministério Público.

Sala das Sessões da Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, em 18 de abril de 2017 - data do julgamento.

Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho
Desembargador
Relator