



Número: **1002050-98.2020.4.01.3400**

Classe: **APELAÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador colegiado: **6ª Turma**

Órgão julgador: **Gab. 17 - DESEMBARGADOR FEDERAL JOÃO BATISTA MOREIRA**

Última distribuição : **20/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 300.000,00**

Processo referência: **1002050-98.2020.4.01.3400**

Assuntos: **Equilíbrio Financeiro, Reajuste da tabela do SUS**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLINICA DE DOENCAS RENAIS PALMEIRA DOS INDIOS LTDA. - EPP (APELANTE)		LUCAS BELTRAO DE MELO (ADVOGADO) PEDRO DUARTE PINTO (ADVOGADO) LUCIANO PONTES DE MAYA GOMES (ADVOGADO) DAVID ARAUJO PADILHA (ADVOGADO)	
UNIÃO FEDERAL (APELADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21197 2559	11/05/2022 11:13	Acórdão	Acórdão



JUSTIÇA FEDERAL
Tribunal Regional Federal da 1ª Região

PROCESSO: 1002050-98.2020.4.01.3400 PROCESSO REFERÊNCIA: 1002050-98.2020.4.01.3400
CLASSE: APELAÇÃO CÍVEL (198)
POLO ATIVO: CLINICA DE DOENCAS RENAIS PALMEIRA DOS INDIOS LTDA. - EPP
REPRESENTANTE(S) POLO ATIVO: DAVID ARAUJO PADILHA - AL9005-A, LUCIANO PONTES DE MAYA GOMES - AL6892-A, PEDRO DUARTE PINTO - AL11382-A e LUCAS BELTRAO DE MELO - AL13009-A
POLO PASSIVO: UNIÃO FEDERAL
RELATOR(A): JOAO BATISTA GOMES MOREIRA



PODER JUDICIÁRIO
Processo Judicial Eletrônico

Tribunal Regional Federal da 1ª Região
Gab. 17 - DESEMBARGADOR FEDERAL JOÃO BATISTA MOREIRA

APELAÇÃO CÍVEL (198) n. 1002050-98.2020.4.01.3400

RELATÓRIO

As folhas mencionadas referem-se à rolagem única, ordem crescente.

Na sentença, de fls. 552-557, foi julgado improcedente pedido para que a União revise os valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, bem como pague os valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente ação.

Considerou-se: a) “a avença cujo reajuste ora se pretende diz respeito a convênio celebrado com o SUS e não a um contrato administrativo típico. Quanto aos convênios, a própria Lei nº 8.666/93 expressamente estatui em seu art. 116, caput, que se aplicarão as disposições dessa lei naquilo que couber, frente ao princípio da especialidade. Por não se tratar a hipótese dos autos de contrato administrativo típico, mas de convênio celebrado como o poder público, no caso com o SUS, é possível ao conveniado retirar-se, a qualquer tempo, caso compreenda que este não atenda mais às suas expectativas”; b) “caso a alegada defasagem dos valores esteja, de fato, inviabilizando a continuidade na prestação dos serviços, resta à parte autora a opção do descredenciamento, já que não está obrigada a permanecer. Diante disso, vislumbro que a atuação da parte autora enquanto entidade cadastrada para a prestação de serviços públicos de saúde, em caráter complementar. Em suma, a adesão é voluntária, devendo, uma vez manifestada a vontade de aderir à avença, submeter-se à forma estabelecida na legislação de regência para a remuneração dos serviços, passando a ser considerada, para todos os efeitos, como integrante do próprio Sistema Único de Saúde”; c) “a adesão ao SUS para a prestação de serviços complementares traz uma série de benefícios às entidades credenciadas, tais como isenções e imunidades tributárias, além de outras formas de remuneração além dos valores



previstos na Tabela de Procedimentos, como incentivos financeiros, a exemplo da orçamentação global, incentivo para qualificação relacionado à execução de metas de qualidade sem exigência de aumento de produção, incentivo para qualificação de leitos, entre outros, fatos decorrentes que imprimem benefícios concretos aos conveniados”.

Apela a parte autora, às fls. 623-660: a) “havendo a contratação dos entes particulares, exsurge o tema inescapável da contraprestação financeira aos serviços prestados. No desiderato de uniformizar e melhor racionalizar os repasses financeiros para as instituições privadas, o Poder Público erigiu a “Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS” – doravante chamada de Tabela do SUS –, contendo a previsão de mais 3 (três) mil itens e os valores a eles correspondentes. A questão é que tais valores, antes de remunerar satisfatoriamente os conveniados do SUS, acabam por lhes ocasionar indelével prejuízo e é justamente nesse ponto onde repousa toda a irresignação autoral”; b) “o subfinanciamento dos conveniados particulares do SUS é um problema crônico, acompanha-o desde sua criação, mas a defasagem dos repasses para as instituições privadas atingiu situação aguda. Por exemplo, entre os anos de 2008 e 2015, 74% dos procedimentos hospitalares prestados apresentam déficit em relação à inflação do período; entre o interregno de 1994 e 2002, a Tabela do SUS acumulou uma defasagem de 110%. A única revisão completa da supracitada tabela ocorreu apenas em 1996, há mais de duas décadas atrás. A partir de então, as atualizações e reajustes dos procedimentos hospitalares foram apenas parciais, realizadas através de Portarias dispersas ao longo dos anos, de maneira a nunca atingir um patamar aceitável e suficiente para a efetiva recomposição econômico-financeira do contrato. Estes atos administrativos promovem, quando muito, a revisão de poucas dezenas de procedimentos, o que se mostra irrisório num macrouniverso de milhares de itens”; c) “nas situações em que hospitais e clínicas públicas atendem indivíduos segurados por planos e seguros privados (o que ocorreria, por exemplo, em situações emergenciais, como acidentes), existe a previsão legal de buscar ressarcimento frente a estes mesmos planos. Foi a Lei n. 9.656/98, através de seu art. 32, quem estatuiu essa possibilidade, sendo seu desiderato evitar uma situação de enriquecimento sem causa dos planos privados quando seus próprios segurados são tratados pelo SUS. Por isso, afirma-se que a natureza jurídica desta operação é indenizatória”; d) “a TUNEP também apresenta certa defasagem na valoração dos procedimentos médico-hospitalares, mas a semelhança com a Tabela do SUS cessa por aí: os valores arbitrados na primeira tabela são consideravelmente superiores àqueles elencados na última, sem que se infira daí qualquer metodologia mais objetiva”; e) “diferentemente do aduzido pela sentença, não existe aqui um simples convênio e é a própria legislação quem assim define, partindo desde a Constituição Federal”; e) “a Apelante jamais poderia firmar convênio com o SUS pelo simples motivo de não ser, nem nunca ter sido, instituição sem fim lucrativo (ou filantrópica). Ora, basta verificar seu ato constitutivo para verificar a natureza empresarial de sua constituição e, por consectário lógico, sua busca finalística pelo lucro (Id. 154938911). Senão vejamos: A Portaria ministerial é muito clara ao condicionar a finalidade lucrativa do particular para determinar a natureza da contratação. No caso da Apelante, uma sociedade limitada, não há possibilidade jurídica de se firmar convênio: sua relação com o SUS é imperativamente contratual. Se não existe convênio algum, o que se observa é a efetivação de contrato administrativo, nos moldes do que define a legislação de regência sobre esse instituto jurídico de direito público”; f) “não há como negar a existência de vínculo entre o prestador privado e o SUS, visto que o primeiro agirá como espécie de delegatário de função pública (segundo escólio diretamente constitucional), através de relação de nítidos contornos contratuais. Tampouco se pode refutar que este mesmo trato resultante estará sujeito ao regime jurídico-administrativo de Direito Público”.

Contrarrazões às fls. 706-720.

O MPF (PRR – 1ª Região) deixou de emitir parecer.



É o relatório.

JOÃO BATISTA MOREIRA
Desembargador Federal - Relator

VOTO - VENCEDOR



PODER JUDICIÁRIO
Processo Judicial Eletrônico
Tribunal Regional Federal da 1ª Região
Gab. 17 - DESEMBARGADOR FEDERAL JOÃO BATISTA MOREIRA

APELAÇÃO CÍVEL (198) n. 1002050-98.2020.4.01.3400

VOTO

Colhe-se da sentença (fls. 552-557):

...

O cerne da controvérsia reside à alegada defasagem dos valores previstos na Tabela de Procedimentos do SUS, que, segundo alega a parte autora, e complementa alegando que não são suficientes para cumprir os custos da atuação complementar das instituições privadas nos serviços públicos de saúde, tendo gerado desequilíbrio econômico-financeiro na relação jurídico-contratual firmada com o Poder Público.

Inicialmente, pontuo que a Constituição Federal em seu artigo 196, definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O direito à saúde comporta, assim, duas vertentes: a) garantia de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e; b) o acesso a serviços de saúde que garantam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sobre o tema, tenho que as ações e serviços de saúde em todo território nacional é regulada pela Lei n. 8.080/1990, que em seu art. 4º, § 2º, faculta a participação da iniciativa privada em caráter complementar nos seguintes termos:

“Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e



instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

(...)

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.”

O artigo 24 da referida lei, por sua vez, estabelece a forma como deverá se dar essa participação, assim dispondo:

“Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.”

No mesmo sentido, a Portaria n. 2.567, de 25 de novembro de 2016, que dispõe sobre a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), determina que a atuação complementar das entidades privadas na execução de ações e serviços de saúde se dará por intermédio de convênio ou contrato, que, nos termos do art. 1º, inciso IX, constitui “ajuste entre órgãos ou entidades de saúde da Administração Pública e particulares, em que há um acordo de vontade para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, atinentes à prestação de serviços do SUS”.

Fica claro que a avença cujo reajuste ora se pretende diz respeito a convênio celebrado com o SUS e não a um contrato administrativo típico. Quanto aos convênios, a própria Lei nº 8.666/93 expressamente estatui em seu art. 116, caput, que se aplicarão as disposições dessa lei naquilo que couber, frente ao princípio da especialidade.

Por não se tratar a hipótese dos autos de contrato administrativo típico, mas de convênio celebrado como o poder público, no caso com o SUS, é possível ao conveniado retirar-se, a qualquer tempo, caso compreenda que este não atenda mais às suas expectativas.

Nestes termos, a Portaria n. 2.567/2016 prevê a figura do descredenciamento, que consiste na “rescisão contratual entre a entidade credenciada e o ente contratante, após regular processo administrativo, com observância aos princípios do contraditório e da ampla defesa”.

Assim, caso a alegada defasagem dos valores esteja, de fato, inviabilizando a continuidade na prestação dos serviços, resta à parte autora a opção do descredenciamento, já que não está obrigada a permanecer. Diante disso, vislumbro que a atuação da parte autora enquanto entidade cadastrada para a prestação de serviços públicos de saúde, em caráter complementar. Em suma, a adesão é



voluntária, devendo, uma vez manifestada a vontade de aderir à avença, submeter-se à forma estabelecida na legislação de regência para a remuneração dos serviços, passando a ser considerada, para todos os efeitos, como integrante do próprio Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, o art. 26 da Lei n. 8.080/1990 prevê que “os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde”, que estabeleceu como referência a Tabela de Procedimentos do SUS (§ 6º do art. 3º da Portaria nº 2.567/2016).

No mais, ressalto, ainda, que a adesão ao SUS para a prestação de serviços complementares traz uma série de benefícios às entidades credenciadas, tais como isenções e imunidades tributárias, além de outras formas de remuneração além dos valores previstos na Tabela de Procedimentos, como incentivos financeiros, a exemplo da orçamentação global, incentivo para qualificação relacionado à execução de metas de qualidade sem exigência de aumento de produção, incentivo para qualificação de leitos, entre outros, fatos decorrentes que imprimem benefícios concretos aos conveniados.

A elaboração dessa tabela constitui verdadeira política pública e leva em consideração outros fatores ligados aos serviços públicos de saúde (tais como previsão e disponibilidade orçamentária), sendo certo que a revisão dos valores não poderia alcançar somente a demandante, mas também todas as entidades contratadas/conveniadas, denotando a impossibilidade do Poder Judiciário, na ausência de ilegalidade, alterar esses valores, sob pena de indevida interferência nas atribuições do Poder Executivo, bem como quanto a alocações orçamentárias voltadas à saúde pública.

Neste sentido, colaciono julgado do Tribunal Regional Federal da 1ª Região ao qual me filio:

PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS. DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO. REAJUSTE DOS VALORES PAGOS PELO SUS. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. DIREITO ADQUIRIDO. AUSÊNCIA. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. IMPOSSIBILIDADE. (...) IV - Por não se tratar a hipótese dos autos de contrato administrativo típico, mas de convênio do SUS, é possível ao conveniado retirar-se, a qualquer tempo, do convênio, caso compreenda que este não atende às suas expectativas. V - “Não caberia ao Poder Judiciário fixar padrão de reajuste ou correção a título de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato sem previsão do impacto orçamentário que tal medida traria. Diferentemente do contrato administrativo usual, em que o contratado, se não concordar com os valores a serem pagos, não pode deixar de prestar a atividade, devendo valer-se do Judiciário para que este reequilibre o contrato, no convênio do SUS, o conveniado privado pode livremente requerer a rescisão unilateral, bastando para isso declarar à autoridade competente sua vontade de que não mais atender pelo SUS. 8- No caso dos autos, as instituições de saúde conveniadas devem, pelos meios administrativos e negociações por órgãos representativos de classe, buscar o reajuste dos preços praticados junto ao Ministério da Saúde (o qual inclusive tem realizado reajustes através de Portarias). Caso



não logrem êxito em obter o reajuste por esta via e julguem que os valores são ínfimos, continuam possuindo uma opção extrajudicial: retirar-se livremente do convênio. Precedente: TRF-5 - AR: 5527 PE 0071023-20.2006.4.05.0000, relator Desembargador Federal José Maria Lucena, Data de Julgamento: 29/10/2008, Pleno, Data de Publicação: 16/02/2009 - Página: 189 - N: 32). 9- Apelação desprovida. Sentença confirmada. (AC 00006792120064025101, MARCUS ABRAHAM, TRF2.) VI - Apelação da parte autora a que se nega provimento. A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação. (AC 0037470-46.2004.4.01.3400, relator DESEMBARGADOR FEDERAL JIRAIR ARAM MEGUERIAN, TRF1 - 6T, e-DJF1 08/06/2018)

...

Preliminar

A União alega, nas contrarrazões, ilegitimidade passiva *ad causam* e nulidade da sentença por falta de citação de ente da federação como litisconsorte passivo necessário.

Pela jurisprudência deste Tribunal, “na hipótese dos autos, em que se busca a correção da tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do referido sistema [SUS], afigura-se manifesta a legitimidade passiva *ad causam* exclusiva da União Federal, não se vislumbrando, por conseguinte, a necessidade de formação de litisconsórcio passivo necessário com as demais unidades da federação” (AC 1012314-48.2018.4.01.3400, relator Desembargador Federal Souza Prudente, 5T, PJe 19/09/2019). Confirmam-se também: AC 1007139-10.2017.4.01.3400, relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro, 6T, PJe 16/12/2019; AC 1020672-02.2018.4.01.3400, relator Juiz Federal Convocado César Jatahy Fonseca, 6T, PJe 04/12/2019; AC 0012967-04.2017.4.01.3400, relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, 6T, e-DJF1 09/10/2019.

Afasto as preliminares.

Mérito

Consoante jurisprudência deste Tribunal, por ser “flagrante a disparidade entre os valores previstos na ‘Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP’ – elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde – e aqueles constantes da ‘Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS’, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o realizaram se realize pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica” (AC 0036162-52.2016.4.01.3400/DF, relator Desembargador Federal Souza Prudente, 5T, e-DJF1 22/08/2018).

Igualmente: AC 0045216-42.2016.4.01.3400, relator Juiz Federal Convocado, hoje Desembargador Federal César Jatahy Fonseca, 6T, PJe 19/12/2019; AC 0012967-04.2017.4.01.3400, relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, 6T, e-DJF1 09/10/2019; AC 0053469-19.2016.4.01.3400, relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro, 6T, e-DJF1 31/07/2019.



A sentença não está em conformidade com essa jurisprudência.

Dou provimento à apelação, reformando a sentença para que a União revise os valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, bem como pague os valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente ação.

Invertidos os ônus da sucumbência.

É como voto.

JOÃO BATISTA MOREIRA
Desembargador Federal - Relator

DEMAIS VOTOS



PODER JUDICIÁRIO
Processo Judicial Eletrônico
Tribunal Regional Federal da 1ª Região
Gab. 17 - DESEMBARGADOR FEDERAL JOÃO BATISTA MOREIRA

APELAÇÃO CÍVEL (198) n.1002050-98.2020.4.01.3400

APELANTE: CLINICA DE DOENCAS RENAIS PALMEIRA DOS INDIOS LTDA. - EPP

Advogados do(a) APELANTE: DAVID ARAUJO PADILHA - AL9005-A, LUCAS BELTRAO DE MELO - AL13009-A, LUCIANO PONTES DE MAYA GOMES - AL6892-A, PEDRO DUARTE PINTO - AL11382-A

APELADO: UNIÃO FEDERAL

EMENTA

CORREÇÃO DO VALOR DA "TABELA DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS". DESEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO DA RELAÇÃO JURÍDICO-CONTRATUAL ESTABELECIDA ENTRE O PODER PÚBLICO E UNIDADE HOSPITALAR. VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, DA PROPORCIONALIDADE E DA ISONOMIA.

1. Trata-se de apelação de sentença que julgou improcedente pedido para que a União revise os valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, bem como pague os valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente ação.



2. Considerou-se: a) “a avença cujo reajuste ora se pretende diz respeito a convênio celebrado com o SUS e não a um contrato administrativo típico. Quanto aos convênios, a própria Lei nº 8.666/93 expressamente estatui em seu art. 116, caput, que se aplicarão as disposições dessa lei naquilo que couber, frente ao princípio da especialidade. Por não se tratar a hipótese dos autos de contrato administrativo típico, mas de convênio celebrado como o poder público, no caso com o SUS, é possível ao conveniado retirar-se, a qualquer tempo, caso compreenda que este não atenda mais às suas expectativas”; b) “caso a alegada defasagem dos valores esteja, de fato, inviabilizando a continuidade na prestação dos serviços, resta à parte autora a opção do descredenciamento, já que não está obrigada a permanecer. Diante disso, vislumbro que a atuação da parte autora enquanto entidade cadastrada para a prestação de serviços públicos de saúde, em caráter complementar. Em suma, a adesão é voluntária, devendo, uma vez manifestada a vontade de aderir à avença, submeter-se à forma estabelecida na legislação de regência para a remuneração dos serviços, passando a ser considerada, para todos os efeitos, como integrante do próprio Sistema Único de Saúde”; c) “a adesão ao SUS para a prestação de serviços complementares traz uma série de benefícios às entidades credenciadas, tais como isenções e imunidades tributárias, além de outras formas de remuneração além dos valores previstos na Tabela de Procedimentos, como incentivos financeiros, a exemplo da orçamentação global, incentivo para qualificação relacionado à execução de metas de qualidade sem exigência de aumento de produção, incentivo para qualificação de leitos, entre outros, fatos decorrentes que imprimem benefícios concretos aos conveniados”.

3. Consoante jurisprudência deste Tribunal, por ser “flagrante a disparidade entre os valores previstos na ‘Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos - TUNEP’ – elaborada pela Agência Nacional de Saúde Complementar – ANS para uniformização dos valores a serem ressarcidos ao SUS pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde – e aqueles constantes da ‘Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS’, impõe-se a uniformização de tais valores, de forma que, para um mesmo procedimento médico, no âmbito do SUS, o pagamento devido às unidades hospitalares que o realizaram se realize pelo mesmo montante cobrado às operadoras de planos privados de assistência médica, prestigiando-se, assim, os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade, da isonomia de tratamento e da segurança jurídica” (AC 0036162-52.2016.4.01.3400/DF, relator Desembargador Federal Souza Prudente, 5T, e-DJF1 22/08/2018).

4. Igualmente: AC 0045216-42.2016.4.01.3400, relator Juiz Federal Convocado, hoje Desembargador Federal César Jatahy Fonseca, 6T, PJe 19/12/2019; AC 0012967-04.2017.4.01.3400, relator Desembargador Federal Jirair Aram Meguerian, 6T, e-DJF1 09/10/2019; AC 0053469-19.2016.4.01.3400, relator Desembargador Federal Daniel Paes Ribeiro, 6T, e-DJF1 31/07/2019.

5. Apelação provida, reformando-se a sentença para que a União revise os valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS, bem como pague os valores retroativos aos últimos 05 (cinco) anos, contados da data da propositura da presente ação.

ACÓRDÃO

Decide a Sexta Turma do Tribunal Regional Federal – 1ª Região, por unanimidade, dar provimento à apelação, nos termos do voto do relator.

Brasília, 9 de maio de 2022.

JOÃO BATISTA MOREIRA



Desembargador Federal - Relator

