

TUTELA PROVISÓRIA NA AÇÃO CÍVEL ORIGINÁRIA 3.483 DISTRITO FEDERAL

RELATORA : **MIN. ROSA WEBER**
AUTOR(A/S)(ES) : **ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**
PROC.(A/S)(ES) : **PROCURADOR-GERAL DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**
RÉU(É)(S) : **UNIÃO**
PROC.(A/S)(ES) : **ADVOGADO-GERAL DA UNIÃO**

Ação Cível Originária. Direito social à saúde (CF, arts. 6º e 196). Pandemia do novo *Coronavírus*. COVID-19. Comprovação, por meio de estudos técnicos qualificados, do recrudescimento da crise de saúde pública no Brasil. Aumento do número de Estados em zona de alerta crítico (mais de 80% dos leitos de UTI ocupados). Inércia da União Federal no desempenho da função institucional de exercer a coordenação nacional do enfrentamento ao estado de emergência de saúde pública. Comportamento omissivo da União Federal em face da obrigação de prover auxílio técnico e financeiro aos entes subnacionais na execução e formulação de políticas sanitárias. Injustificada redução de custeio dos leitos de UTI nos Estados-membros. Limites à discricionariedade administrativa na concretização de políticas constitucionais de saúde pública. Presença dos requisitos do art. 300 do CPC. Probabilidade de direito evidenciada. Risco de dano caracterizado: *não há nada mais urgente do que o desejo de viver*. **Tutela provisória de urgência deferida.**

ACO 3483 TP / DF

Vistos etc.

Trata-se de Ação Cível Originária, com pedido de tutela de urgência, proposta pelo *Estado do Rio Grande do Sul* contra a *União Federal*, via da qual alegado o abandono do custeio, pela ré, da manutenção dos leitos de UTI necessários ao enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Alega, o requerente, que, não obstante o notório recrudescimento das taxas de internação decorrentes do *Coronavírus*, o número de leitos de UTI custeados pela União vem sendo reduzido sem justificativa razoável nos últimos meses. Destaca, com base em dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que em janeiro de 2021 havia **7.017** leitos de financiados pelo Ministério da Saúde e, em fevereiro, **3.187** leitos, contra os **12.003** leitos habilitados em dezembro de 2020.

Afirma que, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, até dezembro de 2020, a União Federal **cessou o pagamento** do auxílio financeiro destinado à manutenção **de 576 leitos de UTI** para atendimento emergencial de pacientes com COVID-19.

Adverte que, atualmente, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul **aguarda a manifestação** do Ministério da Saúde em relação **a diversos pedidos**, formulados entre janeiro e fevereiro de 2021, **referentes à prorrogação** do financiamento **de 159 leitos de UTI/COVID-19** que terão suas habilitações **encerradas** em março/2019 pelo transcurso do prazo inicial de vigência em decorrência da **inércia** da União.

Acrescenta **existirem**, até o presente momento, **359 novos pedidos** de leitos de UTI/COVID-19 formulados pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul **pendentes de análise** perante o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS).

Enfatiza que o comportamento da União de reduzir drasticamente a participação no financiamento da manutenção de leitos de UTI para pacientes com COVID-19 **ocorre justamente no momento mais crítico do enfrentamento da pandemia**, quando o número de leitos de UTI no Estado do Rio Grande do Sul **revela-se incapaz de atender** ao número de pacientes existente, porque a rede de saúde se encontra com seus recursos

ACO 3483 TP / DF

totalmente absorvidos, com ocupação integral dos leitos disponíveis e, inclusive, **formação de fila de espera para internações de emergência**.

Argumenta que o comportamento omissivo atribuído à União Federal estaria privando a população estadual dos serviços essenciais de saúde pública (arts. 6º, 197 e 198, da CF). Ressalta a competência administrativa comum dos entes federados para desenvolver políticas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (CF, art. 23, II). Defende violado o dever constitucional de a União prover a autonomia e o financiamento dos entes subnacionais na execução e formulação de políticas sanitárias. Justifica, presente a situação de emergência epidemiológica, a possibilidade da intervenção do Poder Judiciário para garantir efetividade ao direito constitucional à saúde, no que diz ao custeio dos leitos necessários ao enfrentamento da COVID-19.

Postula, em sede de tutela provisória e no mérito, **seja determinada à União Federal a implementação das seguintes medidas**, sob pena de cominação de multa diária em caso de descumprimento:

“**i.1.** analisar e aprovar todas as propostas atuais e que vierem a ser inseridas no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), **tanto de prorrogação** (576 leitos na presente data) **quanto de nova habilitação** (359 leitos);

i.2. publicar as portarias de prorrogação e habilitação de leitos de UTI COVID com seu respectivo impacto financeiro, viabilizando o custeio federal dos referidos leitos.” (destaquei)

No mérito, requer a confirmação da tutela provisória, com determinação para que a União **habilite, em definitivo**, os leitos de UTI requeridos pelo Estado do Rio Grande do Sul enquanto perdurar a situação de emergência sanitária da COVID-19.

Nos autos da ACO 3.473, **a qual trata de temática idêntica e, portanto, é conexa à presente**, a União apresentou manifestação sobre o pedido de tutela de urgência, via da qual *(i)* alega ausência de pretensão resistida, porquanto inexistente óbice a que o Estado requerente encaminhe proposta ao Ministério da Saúde para a habilitação de novos

ACO 3483 TP / DF

leitos; (ii) defende a falta de documentos comprobatórios de solicitação de abertura de leitos pelo Estado, no que estaria a petição inicial deficientemente instruída; (iii) argumenta desequilíbrio na estratégia nacional de cooperação federativa contra o *Coronavirus* e ofensa ao princípio da separação dos Poderes, caso deferida a tutela de urgência; (iv) diz não existir *periculum in mora*, tendo em vista o ‘conjunto de providências’ adotadas em favor do entes subnacionais no combate à pandemia. Requer, sucessivamente, a extinção do processo, a postergação do pedido liminar e o indeferimento da medida de urgência (eventos 10, 11 e 12 da ACO 3473).

Os autos foram distribuídos à minha relatoria hoje, 09.3.2021, por prevenção à citada ACO 3.473/DF.

É o relatório.

Decido.

A tutela provisória de urgência pressupõe, nos termos do artigo 300 do CPC/2015, a **probabilidade do direito** e o **perigo de dano** ou o **risco ao resultado útil** do processo.

Reputo evidenciados tais requisitos no presente caso.

O recrudescimento das taxas de contaminação, internação e letalidade em decorrência da pandemia da COVID-19 é incontroverso e notório (CPC/2015, art. 374, I e III). O momento atual vem se mostrando ainda mais desafiador diante das evidências científicas de novas cepas, mutações e variantes do *Coronavirus*.

Os **dados alarmantes** publicados em 02.3.2021 pela Fiocruz, por meio do Boletim Extraordinário do Observatório COVID-19, **revelam dezenove (19) unidades da Federação** na zona de alerta crítica (**mais de 80% dos leitos de UTI ocupados**), sendo que em muitas cidades pacientes acometidos da COVID-19 em estado grave, com necessidade de internação de emergência, se sujeitam às filas de espera por leitos de UTI, com registro de casos de pessoas que não sobreviveram à falta de unidades de internação, morrendo sem acesso ao atendimento essencial de que precisavam:

ACO 3483 TP / DF

“Aos 12 estados e Distrito Federal, que já se encontravam na zona de alerta crítica, somaram-se mais seis estados. Exceto pelo estado do Amapá (64%), que se mantém na zona de alerta intermediária, **todos os estados da região Norte estão com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos superiores a 80%:** Rondônia (97%), Acre (92%), Amazonas (92%), Roraima (82%), Pará (82%) e Tocantins (86%). **No Nordeste,** os estados do Maranhão (86%) e Piauí (80%) também ultrapassaram a linha dos 80% que separa a zona de alerta intermediária da zona crítica, juntando-se ao Ceará (93%), Rio Grande do Norte (91%), Pernambuco (93%) e Bahia (83%). Paraíba e Alagoas mantiveram-se na zona de alerta intermediária, com suas taxas se elevando, respectivamente de 62% para 69% e de 66% para 72%. Sergipe, com taxa de 59%, é o único estado brasileiro fora da zona de alerta. **Os estados da região Sudeste** também se mantiveram na zona intermediária de alerta, com crescimento dos respectivos indicadores de ocupação mais acentuado em Minas Gerais (70% para 75%), Espírito Santo (68% para 76%) e São Paulo (69% para 74%) e pouco expressivo no Rio de Janeiro (61 para 63%). **Na região Sul, todos os estados permaneceram na zona de alerta crítica: Paraná (92%), Santa Catarina (99%) e Rio Grande do Sul (88%). Na região Centro Oeste, Mato Grosso do Sul (88%) e Mato Grosso (89%) entraram na zona de alerta crítica, somando-se a Goiás (95%) e ao Distrito Federal (91%), que nela permaneceram. São 18 estados e o Distrito Federal na zona de alerta crítica ($\geq 80\%$), sete estados na zona de alerta intermediária ($\geq 60\%$ e $< 80\%$) e somente um estado fora na zona de alerta ($< 60\%$).**

Entre as 27 capitais do país, no momento há 20 com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos de 80% ou mais: Porto Velho (100%), Rio Branco (93%), Manaus (92%), Boa Vista (82%), Belém (84%), Palmas (85%), São Luís (91%), Teresina (94%), Fortaleza (92%), Natal (94%), João Pessoa (87%), Salvador (83%), Rio de Janeiro (88%), Curitiba (95%), Florianópolis (98%), Porto Alegre (80%), Campo Grande (93%),

ACO 3483 TP / DF

Cuiabá (85%), Goiânia (95%) e Brasília (91%). Além disso, cinco capitais estão com taxas superiores a 70%: Macapá (72%), Recife (73%), Belo Horizonte (75%), Vitória (75%), São Paulo (76%).

A questão de sobrecarga nos sistemas de saúde é uma preocupação desde o início da pandemia e agora principalmente deve-se olhar para estes indicadores como um alerta real. Os dados são muito preocupantes, mas cabe sublinhar que são somente a ‘ponta do iceberg’. Por trás deles estão dificuldades de resposta de outros níveis do sistema de saúde à pandemia, mortes de pacientes por falta de acesso a cuidados de alta complexidade requeridos, a redução de atendimentos hospitalares por outras demandas, possível perda de qualidade na assistência e uma carga imensa sobre os profissionais de saúde. A possibilidade de ampliação de leitos de UTI existe, mas não é ilimitada. Entre outros elementos, se impõem a necessidade de equipes altamente especializadas para dar conta de cuidados críticos. **Também vale explicitar que, neste momento, em alguns estados brasileiros, as taxas no setor privado estão até mais elevadas do que as do SUS (ex.: Rio Grande do Sul e Sergipe)."**

Nesta última semana a situação só piorou, como emerge dos dados estatísticos diariamente noticiados na imprensa. Mesmo diante desse cenário de profunda crise humanitária, amplamente noticiado pelos meios de comunicação social, os Estados federados, como o autor, o Estado do Rio Grande do Sul, encontram-se na situação aflitiva de precisar buscar perante o Supremo Tribunal Federal a concessão de ordem injuncional, para que a União Federal atue efetivamente no desempenho de sua função institucional de exercer a **coordenação nacional** da crise de saúde pública decorrente da pandemia da COVID-19, especialmente no que concerne à prestação de **apoio técnico e auxílio financeiro** aos Estados-membros em face do **gravíssimo quadro de colapso** das redes de atendimento hospitalar.

Além do Estado do Rio Grande do Sul, também ajuizaram ações desta mesma natureza os Estados do **Maranhão** (ACO 3.473), de São

ACO 3483 TP / DF

Paulo (ACO 3.474), da **Bahia** (ACO 3.475) e do **Piauí** (ACO 3.478), todos manifestando perplexidade com o comportamento do Ministério da Saúde, adotado no momento em que o Brasil se torna o novo epicentro global da pandemia, **de promover a progressiva descontinuação do financiamento federal** de leitos de UTI para pacientes com COVID-19.

O **cenário crítico** de desamparo enfrentado pelo Estados-membros motivou o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em face da *“ausência de uma condução nacional unificada e coerente”* para o enfrentamento da crise de saúde pública, a elaborar uma carta dirigida à nação brasileira, propondo um *“Pacto Nacional pela Vida”*, **para evitar o iminente colapso nacional das redes pública e privada de saúde.**

A imprescindibilidade da reunião dos Poderes Públicos e da sociedade civil em torno desse propósito foi assim justificado por aquele conselho interestadual:

“O Brasil vivencia, perplexo, **o pior momento da crise sanitária provocada pela COVID-19.** Os índices de novos casos da doença alcançam patamares muito elevados em todas as regiões, estados e municípios. **Até o presente momento, mais de 254 mil vidas foram perdidas e o sofrimento e o medo afetam o conjunto da sociedade.**

.....
O **recrudescimento da epidemia em diversos estados leva ao colapso de suas redes assistenciais públicas e privadas e ao risco iminente de se propagar a todas as regiões do Brasil.** Infelizmente, a baixa cobertura vacinal e a lentidão na oferta de vacinas ainda não permitem que esse quadro possa ser revertido em curto prazo.

O **atual cenário da crise sanitária vivida pelo país agrava o estado de emergência nacional e exige medidas adequadas para sua superação.** Assim, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) manifesta-se pela adoção imediata de medidas para evitar o iminente colapso nacional das redes pública e privada de saúde (...)

ACO 3483 TP / DF

Também o **Ministério Público Federal**, em documento assinado por Procuradores da República de 24 (vinte e quatro) Estados e do Distrito Federal, pronunciou-se sobre o atual momento de crise sanitária, **exortando** o Ministro da Saúde a **exercer** a função institucional de coordenar o enfrentamento nacional da crise de saúde pública enfrentada pelos brasileiros, **por meio da formulação de uma estratégia nacional**, com base em evidências científicas e em análises de informações estratégicas, compreendendo, ao menos, a **provisão de apoio técnico e financeiro** aos Estados e Municípios e a formulação de uma **política de comunicação do Ministério da Saúde**, no sentido de orientar as autoridades públicas, profissionais e a população em geral quanto à necessidade de cumprimento das medidas de prevenção da transmissão comunitária e da importância da vacinação, entre outras medidas, das quais destaco:

“7. proveja, a partir do reconhecimento legal do estado de emergência sanitária, a viabilização de recursos extraordinários para o SUS, com aporte imediato aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para garantir a adoção de todas as medidas assistenciais necessárias ao enfrentamento da crise, notadamente ampliação de leitos, reativação de áreas assistenciais e/ou contratação de leitos para o atendimento dos casos de Covid-19;”

Ponto sobre esse aspecto as deliberações do **Tribunal de Contas da União**, exaradas no Acompanhamento das ações do Ministério da Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19 (TC nº 014.575/2020, Relator Min. Benjamin Zymler), nas quais aquela E. Corte de Contas da União enfatiza, em sucessivos acórdãos, a **ausência de elementos essenciais indispensáveis à implementação efetiva de um plano de enfrentamento**. O Tribunal de Contas da União, em referido procedimento de fiscalização, ao analisar aos dados coligidos e os

ACO 3483 TP / DF

esclarecimentos prestados pelo Ministério da Saúde, **constatou** “a ausência de uma estratégia federal minimamente detalhada para combater os efeitos da pandemia”.

Esse cenário de **incompreensível recusa** da União em **assumir o protagonismo** da coordenação da ação dos Estados e Municípios no enfrentamento **conjunto** da pandemia da COVID-19 **sofre**, agora, o **agravamento** decorrente da **redução dos investimentos federais** no financiamento **dos leitos de UTI** para pacientes com COVID-19 no âmbito da rede hospitalar pública dos Estados-membros.

Nas condições decorrentes do atual estado de emergência de saúde, agravado pelo recrudescimento da pandemia no território nacional, não se mostra constitucionalmente aceitável qualquer retrocesso nas políticas públicas de saúde, como por exemplo, **no ponto que aqui importa**, a que resulta em um decréscimo no número de leitos de UTI habilitados (custeados) pela União.

A diminuição do número de leitos em um cenário de recrudescimento da pandemia é o bastante para o reconhecimento do interesse processual do Estado autor. Portanto, não me convencem, ao menos nesse juízo provisório, as alegações da União, formuladas na ACO 3.473, conexa, de que não há pretensão resistida à habilitação de novos leitos. Os próprios argumentos de mérito articulados pela União contra o pedido de tutela de urgência evidenciam a necessidade da intervenção judicial para equalizar o impasse federativo que ora se apresenta.

Destaco, nesse contexto, a informação do Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS) no sentido de que, em **janeiro** de 2021 existiam **7.017** leitos de financiados pelo Ministério da Saúde e, em fevereiro 2021, **3.187** leitos, *contra* os **12.003** leitos habilitados em dezembro de 2020. Mostram-se igualmente preocupantes as alegações do Estado requerente de que **não teria**, a ré, se posicionado **nem** sobre a prorrogação do financiamento dos 576 de leitos de UTI/COVID-19 **nem** sobre o pedido de habilitação de 359 novos leitos (solicitados em janeiro e fevereiro de 2021).

É sabido, conforme assentei nos feitos conexos ao presente (ACO

ACO 3483 TP / DF

3.473, ACO 3.474, ACO 3.475 e ACO 3.478), da tramitação de crédito orçamentário extraordinário para fazer frente a essas vulnerabilidades. Ocorre que as vidas em jogo não podem ficar na dependência da burocracia estatal ou das idiosincrasias políticas, ainda que se admita que o decréscimo do financiamento de leitos possa ser circunstancial –, decorrente do próprio dinamismo e da imprevisibilidade da evolução da pandemia –, ou motivado por protocolos orçamentários os quais a União é obrigada a cumprir.

Em xeque, na pandemia do Coronavírus, cláusulas vitais de saúde coletiva. Juridicamente repelidas por esta Suprema Corte, por inócuas, medidas de improviso e sem comprovação científica para combater a pandemia do Coronavírus. Firmado em recentes precedentes que o caminho para combater uma pandemia dessa natureza passa, prioritariamente, à luz da Constituição Federal, pelo estado da arte das evidências científicas. O **discurso negacionista** é um desserviço para a tutela da saúde pública nacional. A omissão e a negligência com a saúde coletiva dos brasileiros têm como consequências esperadas, além das mortes que poderiam ser evitadas, o comprometimento, muitas vezes crônico, das capacidades físicas dos sobreviventes que são significativamente subtraídos em suas esferas de liberdades.

Em defesa da população no ensejo da pandemia, *‘a solução de conflitos sobre o exercício da competência deve pautar-se pela melhor realização do direito à saúde, amparada em evidências científicas e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde’* (ADI N. 6341, Rel. Min. Marco Aurélio, redator p/acórdão Min. Edson Fachin, Plenário). À União compete planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas (art. 21, XVIII, da CF) - v.g. ADPF 756, ADI 6.586 e 6.587, todas de relatoria do Min. Ricardo Lewandowski; e ADPF 709-MC, Rel. Min. Roberto Barroso.

Em tema de saúde coletiva, o elã do federalismo de cooperação impõe ao Governo Federal *‘atuar como ente central no planejamento e coordenação de ações integradas (...), em especial de segurança sanitária e epidemiológica no enfrentamento à pandemia da COVID-19, inclusive no*

ACO 3483 TP / DF

tocante ao financiamento e apoio logístico aos órgãos regionais e locais de saúde pública' (ADPF 672, Rel. Min. Alexandre de Moraes, Plenário).

Nesse contexto, uma vez identificados omissão estatal ou gerenciamento errático em situação de emergência, como aparentemente ora se apresenta, é viável a interferência judicial para a concretização do direito social à saúde, cujas ações e serviços são marcados constitucionalmente pelo acesso igualitário e universal (CF, arts. 6º e 196).

De fato, é restrita a margem de discricionariedade na concretização das políticas de saúde coletiva, sobrelevado, esse dever prestacional, em situação de emergência sanitária. É da jurisprudência desta Suprema Corte '(...) que o dever estatal de atribuir efetividade aos direitos fundamentais, de índole social, qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa. Isso significa que a intervenção jurisdicional, justificada pela ocorrência de arbitrária recusa governamental em conferir significação real ao direito à saúde, tornar-se-á plenamente legítima (sem qualquer ofensa, portanto, ao postulado da separação de poderes), sempre que se impuser, nesse processo de ponderação de interesses e de valores em conflito, a necessidade de fazer prevalecer a decisão política fundamental que o legislador constituinte adotou em tema de respeito (RE 581.352 Agr., Rel. Min. Celso de Mello).

Portanto, é de se exigir do Governo Federal que suas ações sejam respaldadas por critérios técnicos e científicos, e que sejam implantadas, as políticas públicas, a partir de atos administrativos lógicos e coerentes. E não é lógica nem coerente, ou cientificamente defensável, a diminuição do número de leitos de UTI em um momento desafiador da pandemia, justamente quando constatado um expressivo incremento das mortes e das internações hospitalares.

Sem dúvida a programática constitucional não placita retrocessos injustificados no direito social à saúde. Especialmente em tempos de emergência sanitária, as condutas dos agentes públicos que se revelem contraditórias às evidências científicas de preservação das vidas não devem ser classificadas como atos administrativos legítimos, sequer aceitáveis. No limite e em tese, as ações administrativas erráticas que

ACO 3483 TP / DF

traiam o dever de preservar vidas podem configurar comportamentos reprimíveis sob as óticas criminal e do direito administrativo sancionador.

Evidenciada, portanto, nesta análise preliminar e em juízo de delibação, a presença do requisito da probabilidade do direito, a justificar a concessão do quanto almejado pelo autor em sede de tutela provisória, ainda que, ao julgamento do mérito ou com o advento de novas informações, se possa chegar a conclusão distinta, ou caso novos fatos venham a justificar eventualmente a reapreciação da medida.

Presente, ainda, o perigo da demora, de resto intuitivo frente aos abalos mundiais causados pela pandemia e, particularmente no Brasil, diante das mais de 250 mil vidas vitimadas pelo vírus espúrio. O não equacionamento ágil e racional do problema pode multiplicar esse número de óbitos e potencializar a tragédia humanitária. Não há nada mais urgente do que o desejo de viver.

Ante o exposto, defiro *ad referendum* do Plenário desta Corte (art. 5º, IV, c/c art. 21, V, do RISTF), a tutela de urgência para **(i)** determinar à União Federal que **analise**, imediatamente, os pedidos de habilitação de novos leitos de UTI formulados pelo Estado requerente junto ao Ministério da Saúde; **(ii)** determinar à União que **restabeleça**, imediatamente, *de forma proporcional às outras unidades federativas*, os leitos de UTI destinados ao tratamento da Covid-19 no Estado requerente que estavam habilitados (custeados) pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2020, e que foram reduzidos nos meses de janeiro e fevereiro de 2021; **(iii)** determinar à União Federal que preste suporte técnico e financeiro para a expansão da rede de UTIs no Estado requerente, *de forma proporcional às outras unidades federativas*, em caso de evolução da pandemia.

Intime-se a ré para **imediato** cumprimento.

Intime-se simultaneamente, **as partes**, para que, no prazo de 05 (cinco) dias, se manifeste sobre o interesse no encaminhamento dos autos à Câmara de Conciliação e Arbitragem da Administração Federal – CCAF, para tentativa de composição amigável do litígio, **ou** para a designação de audiência de conciliação/mediação perante esta Suprema Corte, nos

ACO 3483 TP / DF

termos do artigo do 334 CPC/2015. Enfatize-se a imprescindibilidade do diálogo e da cooperação institucionais para a solução dos conflitos que envolvem as unidades federativas (artigo 102, I, *f*, da CF), sobre os quais a atuação coercitiva do Poder Judiciário deve ser sempre supletiva e parcimoniosa.

Ainda, no mesmo prazo de 05 (cinco) dias, o **Estado do Rio Grande do Sul** deve juntar aos autos os protocolos trocados com o Governo Federal/Ministério da Saúde sobre a renovação ou novas propostas de habilitação de leitos de UTI da COVID-19.

Cite-se a ré para contestar o feito, no prazo de 30 (trinta) dias (artigos 183 e 335 do CPC/2015, c/c art. 247, § 1º, do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal).

Publique-se. Intimem-se.

Brasília, 09 de março de 2021.

Ministra Rosa Weber

Relatora