

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR MINISTRO EDSON FACHIN
PRESIDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL**

RUI FALCÃO, LINDBERGH FARIAS, PEDRO UCZAI e REIMONT SANTA BARBARA, brasileiros, deputados federais, todos com endereço funcional na Câmara dos Deputados, Brasília/DF, vêm, por intermédio de seu advogado subscritor, **REINALDO SANTOS DE ALMEIDA**, inscrito na OAB/RJ 173.089, com endereço eletrônico reinaldo@santosdealmeida.adv.br, onde recebe intimações e notificações de estilo, com fundamento nos artigos 5º, LXVIII, da Constituição da República e 647, 648 e 654 do Código de Processo Penal, à presença de Vossa Excelência, impetrar o presente

**HABEAS CORPUS COLETIVO
COM PEDIDO DE MEDIDA LIMINAR**

em favor de todas as pessoas privadas de liberdade, em prisão cautelar ou em cumprimento de pena, acometidas de doença grave comprovada por laudo, prontuário, relatório médico oficial ou documentação clínica idônea equivalente, mantidas em estabelecimentos prisionais desprovidos de capacidade concreta para assegurar tratamento adequado, contínuo e compatível com a preservação de sua integridade física e psíquica, em face de atos coatores atribuíveis aos Juízes e Juízas com competência criminal e de execução penal da Justiça estadual e federal; aos Tribunais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal e Territórios; aos Tribunais Regionais Federais; ao Superior Tribunal de Justiça; e, em sua dimensão material, às autoridades administrativas incumbidas da custódia e da assistência à saúde da população prisional, pelas razões de fato e de direito a seguir expostas.

I. INTRODUÇÃO.

1. O presente *habeas corpus* coletivo volta-se contra constrangimento ilegal de caráter estrutural, massivo, reiterado e nacional, consistente na manutenção de pessoas acometidas de doença grave em estabelecimentos penais que não dispõem, de maneira efetiva, contínua e suficiente, dos meios terapêuticos indispensáveis à proteção da vida, da integridade física, da saúde e da dignidade humana.
2. A hipótese não envolve ilegalidades laterais, periféricas ou meramente administrativas. O que está em causa é a forma material de execução da própria custódia penal. Quando o Estado encarcera, assume integralmente o domínio das condições existenciais da pessoa submetida à sua guarda. Quando essa pessoa apresenta quadro clínico grave, essa posição de domínio converte-se em dever jurídico reforçado de proteção. Se o aparato estatal não fornece atendimento adequado, a prisão deixa de ser mera restrição legítima da liberdade e passa a operar como mecanismo institucional de agravamento da enfermidade, intensificação da dor e produção de risco concreto de dano irreparável.
3. A coação impugnada se reproduz segundo padrão reconhecível em todo o território nacional com pessoas gravemente enfermas que permanecem presas em unidades sem médicos em número suficiente, sem especialistas, sem acesso regular a exames, sem fornecimento contínuo de medicação, sem logística para remoções hospitalares, sem rotina mínima de monitoramento clínico e, muitas vezes, em ambientes insalubres que potencializam a deterioração de quadros prévios. A prisão, nesse cenário, acrescenta padecimento evitável à situação clínica e converte a omissão estatal em fator ativo de lesão.
4. A dimensão coletiva da violação constitucional atacada no presente *writ* se dirige a grupo beneficiário objetivamente determinável de pessoas privadas de liberdade com doença grave comprovada por documentação clínica idônea. O constrangimento também é homogêneo pela sujeição comum a uma custódia executada em condições incompatíveis com as exigências médicas mínimas impostas pelo quadro clínico. O objeto constitui recorte jurídico verificável, delimitado por elementos objetivos e atravessado por uma mesma matriz de ilegalidade.
5. A experiência brasileira demonstrou que a tutela exclusivamente atomizada não resolve o problema. O acesso à prisão domiciliar humanitária, hoje, depende demasiadamente do acaso: do juiz da causa,

da qualidade da defesa, da existência de familiares com capacidade de reunir documentação médica, da unidade federativa, da comarca e, não raras vezes, da própria visibilidade social do caso. Esse padrão de seletividade defensiva é incompatível com a universalidade do *habeas corpus* e com o dever de proteção igual da liberdade e da integridade das pessoas submetidas à custódia estatal.

6. A Constituição da República assegura *habeas corpus* sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder. Também assegura aos presos respeito à integridade física e moral. A liberdade de locomoção, nessa moldura, não pode ser lida de maneira empobrecida, como se bastasse indagar se a pessoa continua ou não atrás das grades. Quando a forma concreta da prisão produz degradação clínica e sofrimento incompatível com o texto constitucional, a própria execução da custódia converte-se em coação ilegal.
7. O pano de fundo institucional do presente caso já foi reconhecido por esta Suprema Corte na **ADPF 347**, ao declarar o **estado de coisas inconstitucional** do sistema prisional brasileiro. A situação das pessoas acometidas de doença grave constitui uma de suas expressões mais severas. Onde o sistema falha para todos, falha de maneira ainda mais brutal para quem depende de atenção clínica reforçada, especializada e contínua.
8. Os dados empíricos disponíveis confirmam a gravidade singular da situação das pessoas privadas de liberdade acometidas de enfermidades severas. Pesquisa coordenada no âmbito do Conselho Nacional de Justiça apurou que, entre 2017 e 2021, **112 mil pessoas morreram nos presídios brasileiros**, sendo que **62% dessas mortes decorreram de doenças**. O mesmo estudo identificou que a taxa de tuberculose nas prisões chega a ser **30 vezes superior** à observada na população em liberdade e que o risco de morte por caquexia é **1.350% maior** entre pessoas presas do que na população em geral. Estamos diante de um quadro objetivo de letalidade e adoecimento estrutural sob custódia estatal, incompatível com a permanência, em ambiente prisional ordinário, de pessoas com doença grave que dependem de monitoramento clínico contínuo, pronta resposta terapêutica e condições materiais mínimas de preservação da vida.
9. Esse debate assumiu dimensão pública ainda mais evidente porque argumentos humanitários passaram a ser mobilizados, no debate

nacional recente, em favor de pessoa de alta visibilidade política com idade superior a 70 anos. Justamente por isso, a jurisdição constitucional precisa reafirmar um critério de universalidade: a proteção fundada em vulnerabilidade etária e em limites humanitários da custódia não pode operar como privilégio casuístico de réus poderosos. Se a ordem jurídica admite tutela especial para condenados maiores de 70 anos, essa proteção deve ser lida à luz da igualdade, alcançando de maneira impessoal e nacional todas as pessoas submetidas à mesma condição jurídica de supervulnerabilidade.

10. É nesse quadro que se apresenta a presente impetração para pedir que esta Corte reconheça a admissibilidade do *habeas corpus* coletivo, afirme sua competência constitucional, reconheça a ilegalidade estrutural da manutenção de pessoas gravemente enfermas em cárcere sem capacidade terapêutica idônea e determine, em âmbito nacional, a substituição da custódia por prisão domiciliar humanitária, salvo prova estatal concreta, individualizada, contemporânea e documentada de suficiência do tratamento intramuros.

II. PRELIMINAR DE CABIMENTO DO *HABEAS CORPUS* COLETIVO.

11. O cabimento do *habeas corpus* coletivo decorre da própria natureza da garantia constitucional. O remédio heroico para fazer cessar coações ilegais à liberdade e não para proteger abstrações processuais. Quando a coação assume perfil coletivo, repetitivo e estrutural, a resposta também precisa ter escala constitucional adequada.
12. O grupo favorecido pelo presente *writ* é objetivamente determinável. Não tratamos de um universo fluido, indeterminado ou puramente sociológico. São beneficiárias e beneficiários desta impetração as pessoas privadas de liberdade que apresentem doença grave comprovada por documento clínico idôneo. O critério delimitador é jurídico, objetivo e auditável.
13. A homogeneidade da coação se faz presente, pois a ilegalidade não consiste em peculiaridades subjetivas de cada caso, mas na permanência de pessoas gravemente enfermas sob custódia estatal em estabelecimentos sem resposta terapêutica constitucionalmente suficiente. O traço comum ultrapassa o diagnóstico específico para atingir a gravidade clínica associada à incapacidade concreta do cárcere para assegurar tratamento adequado.

14. A racionalidade que autorizou o Supremo Tribunal Federal a admitir o **HC 143.641** consiste na existência de grupo vulnerável objetivamente identificável, submetido a padrão reiterado de violação, a exigir resposta judicial uniforme e com alcance nacional. O modelo formal e argumentativo daquele precedente serve aqui como paradigma de técnica constitucional, ainda que o recorte material do grupo beneficiário seja diverso.
15. A objeção fundada na necessidade de exame individual de cada prontuário não elimina o cabimento do *writ* coletivo. Ao contrário, apenas informa a forma de execução da ordem. O reconhecimento coletivo da ilegalidade estrutural e a fixação de parâmetros nacionais não dispensam a verificação documental do quadro clínico nem impedem o juízo natural de motivar situações excepcionais. O que se combate é a naturalização da prisão como regra mesmo quando o Estado não comprova capacidade efetiva de tratamento.
16. Negar o *habeas corpus* coletivo nesses casos equivaleria a aceitar que a violação estrutural de direitos fundamentais permaneça sem resposta adequada apenas porque se reproduz em larga escala. Isso inverteria a lógica das garantias constitucionais: quanto mais difundida a coação, menor a possibilidade de tutela. A Constituição não autoriza esse resultado.
17. O cabimento do presente *writ* coletivo, assim, repousa em quatro fundamentos convergentes: determinabilidade objetiva do grupo; homogeneidade material da coação; insuficiência da tutela exclusivamente individual para cessar a causa comum da lesão; e necessidade de resposta jurisdicional uniforme para interromper padrão estatal reiterado de violação.

III. PRELIMINAR DE COMPETÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

18. A competência desta Suprema Corte é manifesta. Em primeiro lugar, porque o presente *habeas corpus* é impetrado também em face do **Superior Tribunal de Justiça**, o que atrai a competência originária do Supremo Tribunal Federal, nos termos do art. 102, I, "i", da Constituição da República.
19. Em segundo lugar, porque a coação combatida possui abrangência nacional e resulta da atuação convergente de múltiplas autoridades

judiciais e administrativas.. O problema se reproduz nos sistemas estaduais e federal, nas prisões cautelares e nas execuções penais, em primeiro e segundo graus, alcançando o sistema de justiça criminal como um todo.

20. Em terceiro lugar, porque o objeto deste *writ* se insere na moldura constitucional mais ampla já reconhecida por esta Corte na ADPF 347. A controvérsia aqui posta diz respeito a uma modalidade específica e aguda da crise constitucional do sistema carcerário: a manutenção de pessoas gravemente enfermas em ambientes incapazes de oferecer tratamento adequado.
21. Em quarto lugar, porque a técnica de centralização da controvérsia perante o Supremo, em face de múltiplas autoridades coatoras e da necessidade de comando nacional uniforme, é precisamente aquela utilizada no paradigma formal do **HC 143.641**.
22. A autoridade desta Corte é necessária para reorganizar nacionalmente o padrão decisório e administrativo relativo às pessoas privadas de liberdade acometidas de doença grave.

IV. DOS ATOS ILEGAIS E DAS AUTORIDADES COATORAS.

A. Da cadeia institucional de produção da coação.

23. A coação não é produzida por um único órgão nem por um único ato. Ela resulta de uma cadeia institucional integrada.
24. O primeiro elo é jurisdicional. Juízos criminais, juízos de execução e tribunais mantêm ou deixam de revisar prisões de pessoas gravemente enfermas sem exigir do Estado prova concreta da suficiência do tratamento intramuros. A decisão judicial, nesses casos, preserva a custódia e chancela a continuidade de uma forma materialmente degradante de prisão.
25. O segundo elo é administrativo. As autoridades penitenciárias e de saúde executam a custódia em contexto de insuficiência médica, ausência de especialidades, descontinuidade terapêutica, demora para exames, carência de transporte sanitário, desabastecimento de medicamentos e falta de acompanhamento clínico adequado.

26. O terceiro elo é estrutural. A falha decorre de incapacidade persistente do sistema prisional de cumprir deveres positivos mínimos em matéria de saúde. A repetição desse déficit em escala nacional é o que transforma o problema em constrangimento coletivo.
27. São, portanto, autoridades coatoras os magistrados e tribunais que decretam, mantêm ou deixam de revisar a prisão sem controle constitucional adequado sobre a aptidão terapêutica do cárcere, bem como as autoridades administrativas incumbidas da execução material da custódia e da prestação de assistência à saúde.

B. Da base legal expressa para substituição da prisão.

28. A legislação brasileira reconhece a especial gravidade da doença séria no contexto da privação de liberdade.
29. O art. 318, II, do Código de Processo Penal autoriza a substituição da prisão preventiva pela domiciliar quando o agente estiver **extremamente debilitado por motivo de doença grave**.
30. O art. 117 da Lei de Execução Penal prevê recolhimento em residência particular, entre outras hipóteses, para condenados acometidos de doença grave.
31. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, por seu turno, admite, em situações excepcionais, a chamada **prisão domiciliar humanitária**, inclusive fora dos contornos estritos do regime aberto, quando demonstrada debilidade extrema e impossibilidade de tratamento adequado no cárcere.
32. Essas previsões normativas exprimem uma cláusula jurídica mais profunda: a custódia estatal não pode subsistir em moldes incompatíveis com a preservação mínima da saúde e da integridade de quem se encontra sob controle total do Estado.

C. Da proteção legal específica conferida aos condenados maiores de 70 anos

33. A legislação de execução penal confere tutela expressa aos condenados maiores de 70 anos. O art. 117, I, da Lei de Execução Penal prevê o recolhimento em residência particular para o condenado maior de 70 anos, reconhecendo que a idade avançada constitui fator objetivo de vulnerabilidade juridicamente relevante na conformação da custódia

estatal. Essa previsão não pode ser aplicada de forma seletiva, conforme a visibilidade pública do apenado ou a capacidade desigual de mobilização de sua defesa. Ao contrário, trata-se de critério legal objetivo que reforça a necessidade de tutela coletiva sempre que a proteção humanitária passar a ser invocada no espaço público como fundamento de tratamento diferenciado.

34. Embora a prisão cautelar possua disciplina própria e não se submeta ao mesmo marco etário da execução penal, a existência dessa regra específica na LEP é decisiva para o presente *writ* no tocante às pessoas já condenadas. A custódia executória de maiores de 70 anos deve ser examinada à luz da legalidade estrita, da dignidade humana e da vedação de seletividade material no acesso a medidas humanitárias. Onde a lei objetivamente protege, o sistema de justiça não pode transformar a exceção em privilégio reservado aos casos politicamente salientes.

D. Da densidade constitucional do direito à saúde da pessoa presa.

35. A pessoa presa continua titular de direitos fundamentais. A perda da liberdade de locomoção não importa suspensão da dignidade humana, nem supressão do direito à saúde e nem rebaixamento do estatuto jurídico da integridade física e moral.
36. O art. 5º, XLIX, da Constituição assegura aos presos o respeito à integridade física e moral. Trata-se de comando normativo autônomo, de eficácia direta, que limita a forma de execução de toda custódia penal.
37. Se o Estado prende, o Estado responde. Não é juridicamente aceitável que a pessoa custodiada suporte os riscos decorrentes da incapacidade estatal de prover tratamento médico adequado. A assimetria de poder é absoluta: quem está preso não escolhe o ambiente, não define sua rotina clínica, não administra livremente consultas, exames ou terapias. Por isso, o dever estatal de proteção é reforçado.
38. A permanência em prisão desassistida, quando presente doença grave, converte a restrição da liberdade em forma agravada de sofrimento institucionalizado. O que se tem déficit de política pública e execução materialmente inconstitucional da custódia.

E. Da transformação da prisão em tratamento degradante.

39. Quando o estabelecimento prisional não consegue assegurar terapia adequada, a prisão passa a produzir mais do que a privação de ir e vir. Ela passa a produzir deterioração clínica, dor evitável, atraso terapêutico, humilhação, insegurança sanitária e risco concreto à vida.
40. Nessas hipóteses, a custódia deixa de se manter dentro dos limites constitucionais da pena ou da cautelaridade processual. O cárcere transforma-se em espaço de sofrimento excedente, não autorizado por sentença, não previsto em lei e frontalmente incompatível com a Constituição.
41. A vedação de tratamento desumano ou degradante não é afastada pelo rótulo formal de “prisão”. O Estado não pode escudar-se na legalidade abstrata da custódia para legitimar uma forma concreta de execução que adoce, agrava e expõe a pessoa gravemente enferma a risco institucionalmente produzido.

F. Da dimensão estrutural da lesão e da insuficiência da resposta atomizada.

42. A dimensão estrutural da lesão encontra comprovação adicional em dados oficiais de letalidade prisional. O estudo *“Letalidade prisional: uma questão de justiça e de saúde pública”*, elaborado para o CNJ, revelou que o sistema de privação de liberdade brasileiro combina mortalidade elevada, baixa capacidade de registro, escassa responsabilização institucional e forte incidência de mortes por causas evitáveis ou tratáveis. A pesquisa aponta, de modo expressivo, que a disseminação de tuberculose, sífilis, AIDS, pneumonia, sepse e outras condições infecciosas ou debilitantes é favorecida pelas condições precárias de higiene e permanência nas prisões, e registra, ainda, expectativa média de vida de apenas **548 dias** entre egressos que retornam ao convívio social. Esses elementos reforçam a premissa central desta impetração: a custódia penal, em contexto de doença grave, não pode subsistir sem demonstração estatal concreta de capacidade terapêutica efetiva, sob pena de converter-se em mecanismo institucional de agravamento clínico, sofrimento evitável e morte prematura.
43. A ADPF 347 reconheceu o estado de coisas inconstitucional do sistema carcerário brasileiro. Esse dado é central. Significa que a falha em matéria de saúde prisional não é contingente, mas estrutural.
44. Insistir numa resposta exclusivamente individual significa deixar intacta a engrenagem que produz a violação. Cada *habeas corpus* isolado, ainda que concedido, corrige uma ponta do problema, mas não reorganiza o

padrão decisório nem inverte a lógica que naturaliza a manutenção da custódia mesmo sem prova de suficiência terapêutica.

45. A tutela coletiva, ao contrário, permite que esta Corte fixe o parâmetro constitucional correto diante de doença grave comprovada, o ônus de demonstrar a compatibilidade da prisão com a Constituição pertence ao Estado, e não à pessoa enferma, frequentemente abandonada em ambiente de precariedade documental e institucional.

V. DA DESPROPORCIONALIDADE DA MANUTENÇÃO DA CUSTÓDIA E DA NECESSIDADE DE INVERSÃO DO ÔNUS ARGUMENTATIVO.

46. A prisão cautelar tem natureza excepcional. A execução penal, embora legítima em abstrato, também se submete aos limites materiais da Constituição. Em ambos os planos, a continuidade da custódia de pessoa gravemente enferma sem prova concreta de adequação terapêutica é medida desproporcional.
47. A proporcionalidade não se mede aqui apenas pela gravidade do crime ou pelo estágio do processo. Mede-se pela relação entre o interesse estatal em manter a custódia e o sacrifício constitucional imposto à pessoa submetida a uma prisão clinicamente inadequada.
48. A situação atual do sistema de justiça inverte, de forma inconstitucional, o ponto de partida. Frequentemente se presume a adequação da prisão e se exige da defesa prova quase impossível de absoluta incapacidade do sistema. Esse arranjo precisa ser revertido. Onde há doença grave comprovada, deve-se presumir inadequada a manutenção da custódia sempre que o Estado não apresente prova individualizada, atual e documentada de suficiência terapêutica.
49. Essa inversão do ônus argumentativo é ainda mais necessária quando se observa que a alta letalidade prisional brasileira decorre sobretudo de enfermidades e do colapso das condições sanitárias e assistenciais intramuros em maior número do que em razão de atos violentos. Se o próprio diagnóstico institucional revela mortalidade em massa por doenças, expansão de enfermidades infecciosas e degradação acelerada da saúde de pessoas submetidas ao cárcere, não é constitucionalmente aceitável presumir que o sistema, por si só, esteja apto a tratar adequadamente quem já ingressa ou permanece preso com quadro clínico grave. Em matéria dessa natureza, a presunção juridicamente correta favorece a proteção da vida, da saúde e da dignidade; a

continuidade da prisão exige demonstração robusta, atual e individualizada da suficiência terapêutica do estabelecimento prisional.

50. Essa inversão do ônus argumentativo não elimina a apreciação judicial do caso concreto. Apenas a reposiciona dentro da Constituição. O juízo natural pode excepcionalmente manter a custódia, desde que demonstre, com base empírica idônea e contemporânea, que o tratamento exigido está efetivamente disponível, acessível e em curso no ambiente prisional.

VI. DA MEDIDA LIMINAR.

51. Os requisitos para concessão da liminar estão claramente presentes.

52. O **fumus boni iuris** resulta da confluência entre a Constituição, a legislação infraconstitucional e a jurisprudência pátria. O *habeas corpus* é cabível contra coação ilegal à liberdade; os presos têm direito à integridade física e moral; o CPP autoriza domiciliar no caso de doença grave para a prisão preventiva; a LEP prevê recolhimento em residência particular por doença grave ou por critério etário superior a 70 anos; e o STJ admite prisão domiciliar humanitária quando o cárcere não oferece tratamento adequado.

53. O **periculum in mora** se consubstancia a partir de que a doença grave constitui fator de agravamento clínico, perda de chance terapêutica, intensificação de sofrimento evitável e, em hipóteses limite, morte. O tempo do processo ameaça o próprio objeto da impetração.

54. Diante disso, requer-se liminarmente que esta Suprema Corte:

- a) determine a imediata oitiva das autoridades coatoras judiciais indicadas na presente impetração;
- b) promova a oitiva da Procuradoria-Geral da República;
- c) determine, em âmbito nacional, que todos os juízos com competência criminal e de execução penal promovam, no prazo máximo de **15 (quinze) dias**, o levantamento das pessoas privadas de liberdade acometidas de **doença grave comprovada por documentação clínica idônea**;

- d) determine que, identificado o caso, seja realizada **reavaliação judicial imediata e prioritária** da custódia, com expressa manifestação sobre a suficiência ou insuficiência do tratamento intramuros;
- e) determine a **substituição liminar da prisão por prisão domiciliar humanitária**, ou por outra medida menos gravosa adequada, sempre que inexistir demonstração estatal concreta, individualizada, atual e documentada da plena suficiência terapêutica do estabelecimento prisional;
- f) determine a expedição de ofícios a todos os Tribunais de Justiça, Tribunais Regionais Federais, juízos criminais e juízos de execução penal para imediato cumprimento;
- g) determine a comunicação ao Conselho Nacional de Justiça para acompanhamento, monitoramento e consolidação dos dados nacionais relativos ao cumprimento da decisão.

VII. DO PEDIDO.

55. Diante de todo o exposto, requerem os impetrantes:

- a) o **conhecimento** do presente *habeas corpus* coletivo, reconhecendo-se a adequação da via eleita para tutela de grupo objetivamente determinável submetido a constrangimento ilegal homogêneo;
- b) o reconhecimento da **competência originária** do Supremo Tribunal Federal para processar e julgar a presente impetração;
- c) a concessão da medida liminar, nos termos acima especificados;
- d) a oitiva da Procuradoria-Geral da República;
- e) a solicitação de informações às autoridades coatoras judiciais indicadas na petição;
- f) no mérito, a concessão definitiva da ordem para **reconhecer que a manutenção de pessoas privadas de liberdade acometidas de doença grave em estabelecimentos prisionais sem capacidade concreta de assegurar tratamento adequado, contínuo e compatível com a preservação de sua integridade física e psíquica configura constrangimento ilegal coletivo**;

- g) a determinação de que, quanto às pessoas em cumprimento de pena **maiores de 70 anos**, seja promovida imediata reavaliação da custódia executória à luz do art. 117, I, da Lei de Execução Penal, com concessão de prisão domiciliar ou recolhimento em residência particular, conforme o caso, sempre que ausente fundamentação concreta, individualizada e constitucionalmente idônea em sentido diverso;
- h) a determinação, em âmbito nacional, de reavaliação judicial imediata e prioritária de todas as **prisões preventivas e execuções penais das pessoas acometidas de doença grave** integrantes do grupo beneficiário;
- i) a fixação da diretriz de que a manutenção da custódia, cautelar ou executória, das pessoas acometidas de doença grave somente será admissível quando o Estado demonstrar, de forma concreta, individualizada, contemporânea e documentada, a plena suficiência do tratamento médico disponível no estabelecimento prisional para o caso específico;
- j) a determinação de substituição da **prisão preventiva** por prisão domiciliar, com fundamento no art. 318, II, do Código de Processo Penal, em favor das pessoas presas preventivamente integrantes do grupo beneficiário, salvo decisão concretamente fundamentada em prova idônea de suficiência terapêutica intramuros;
- k) a determinação de concessão de **prisão domiciliar humanitária ou recolhimento em residência particular, conforme o caso**, com fundamento no art. 117 da Lei de Execução Penal e na jurisprudência correlata, em favor das pessoas em cumprimento de pena integrantes do grupo beneficiário, salvo decisão concretamente fundamentada em prova idônea de suficiência terapêutica intramuros;
- l) a expedição de ofícios a todos os Tribunais de Justiça, Tribunais Regionais Federais, juízos criminais e juízos de execução penal do país para imediato cumprimento da decisão;
- m) a determinação de acompanhamento do cumprimento da ordem pelo Conselho Nacional de Justiça, com consolidação nacional dos dados e apresentação periódica de relatórios;
- n) a intimação dos advogados subscritores de todos os atos processuais;

- o) subsidiariamente, na hipótese de não conhecimento do presente *writ*, requer-se a **concessão da ordem de ofício**, diante da evidência de constrangimento ilegal coletivo e da necessidade de tutela imediata da vida, da liberdade, da saúde e da integridade física das pessoas acometidas de doença grave e das pessoas em cumprimento de pena maiores de 70 anos.

Protesta-se por juntar, no curso do feito, documentação complementar, relatórios médicos, notas técnicas, estudos empíricos, memoriais e demais elementos demonstrativos da extensão nacional da coação combatida.

Nesses termos,
pede deferimento.

Brasília, 25 de março de 2026.

RUI FALCÃO
Deputado Federal (PT/SP)

LINDBERGH FARIAS
Deputado Federal (PT/RJ)

PEDRO UCZAI
Deputado Federal (PT/SC)

REIMONT
Deputado Federal (PT/RJ)

REINALDO SANTOS DE ALMEIDA
OAB/RJ 173.089