

À assessoria jurídica da ADB

**Fischgold Benevides Advogados**

Prezados advogados,

1. A ADB Sindical encaminha os autos do processo que conduziu a licitação do novo seguro do Programa Complementar de Assistência Médica do Serviço Exterior (PCAMSE), liberados pela Administração, e submete os quesitos abaixo, em cumprimento às deliberações da XI Assembleia Geral Extraordinária, de 9 de outubro, e para orientar a condução do mandado de segurança já ajuizado, bem como outras medidas judiciais, administrativas ou políticas desta entidade.

Acompanham os autos o pacote com os 133 documentos públicos separados, o edital na versão final e as manifestações da entidade. Os 81 documentos de acesso restrito, entre eles as propostas, as mensagens com a seguradora atual e com a consultoria e os registros da negociação final, não foram examinados.

### **Situação atual**

2. O resultado da licitação foi anunciado em sessão pública em 2 de outubro: primeira colocada a Malakoff Humanis, com a MSH International como administradora; segunda, a Allianz Partners, seguradora atual. A categoria foi informada na Mesa Setorial de Negociação Permanente (MSNP) de 6 de outubro. A negociação final, concluída em 16 de outubro, não tratou de franquia nem de coparticipação (0328382, item 4.2). No mesmo dia, o Chefe do Escritório Financeiro em Nova York adjudicou e homologou a licitação pelo valor de USD 52.779.070 para o primeiro ano (0328427). O contrato ainda não foi assinado: faltam a proposta final ajustada, a autorização de celebração, a confirmação orçamentária e a assinatura, após convocação com prazo de dez dias úteis. A apólice vigente foi prorrogada em caráter excepcional em 1º de abril de 2026 e, segundo a Administração, expira em 31 de março de 2027 sem possibilidade de nova renovação (0223838, pg. 1346).

### **O que os autos mostram**

3. As mudanças para os segurados são as seguintes: coparticipação padrão de 20% para 25%; franquia anual de USD 400 para USD 600 (individual) e de USD 800 para USD 1.200 (familiar); franquia nova de USD 100 ou USD 200 para medicamentos ambulatoriais; limite de óculos e lentes de USD 1.000 para USD 250; coparticipação fora da rede de 40% para 50%; contraceptivos de 100% para 75% de reembolso; exclusão de três coberturas (hospedagem e viagem para transplante, acompanhante de transplantado e repatriação ao Brasil de doente terminal em missão). O limite anual de desembolso de USD 6.500 é mantido. Entram seis coberturas novas, entre elas testes genéticos, cirurgia preventiva de câncer, medicação profilática, implante coclear, nutricionista e psicoterapia ampliada (edital, Anexo A, aba 2.1; 0237485, item 5.23).

4. A consultoria contratada concluiu, em março de 2025, que o arranjo vigente “está alinhado às práticas de mercado, sendo os valores praticados considerados razoáveis”, e recomendou “que todos os benefícios atualmente disponíveis sejam mantidos” (0212626, pg. 167, 196 e 197). As opções de 25% ou 30% constavam da pergunta formulada pela própria Administração. Em dezembro de 2025, a mesma consultoria afirmou que a coparticipação “está abaixo dos padrões de mercado” e que a população “já está habituada a coparticipações e franquias, o que muito provavelmente oferece a oportunidade de ampliá-las sem gerar forte resistência”, sem indicar percentual nem fonte (0212634, pg. 278 e 279).
5. O percentual de 25% foi fixado pela equipe de planejamento no Estudo Técnico Preliminar com a justificativa única de ser “mais compatível com a prática atual de mercado”, sem fonte e sem consulta registrada à consultoria, embora essa consulta tenha sido feita para o limite de desembolso (0214542, pg. 570). A razão declarada para o conjunto das medidas é compensar “no curto prazo” o custo das coberturas novas (pg. 560). As franquias foram atualizadas “com base na inflação norte-americana desde o último ajuste”, de maio de 2007, com a referência do cálculo em branco (“seq. XXX”) (pg. 567 e 569). A franquia de medicamentos destina-se a “reduzir número de pedidos de reembolso” (pg. 561).
6. As três exclusões não tiveram uso em 2024 e 2025 e têm economia estimada nula ou de 0,3% do prêmio. A exclusão da repatriação de doente terminal é justificada pela ausência de “respaldo claro” na Portaria de 25 de fevereiro de 1992, “em que pese seu evidente caráter humanitário” (0214542, pg. 553 a 556; 0237485, pg. 1625 e 1626). A Portaria descreve a assistência de forma ampla, prevê a franquia anual e exclui apenas tratamentos sem finalidade terapêutica, cosméticos e psicoterapia por profissional não habilitado (0152725, pg. 12 e 13).
7. Segundo as estimativas dos autos, as medidas sobre os segurados economizam USD 4,26 milhões por ano e as coberturas novas custam USD 4,92 milhões; o desenho novo sai USD 665.500 mais caro que o atual (0237485, pg. 1625 e 1626). O valor adjudicado, USD 52,8 milhões, fica cerca de 16% abaixo do custo da apólice atual, que a Administração estima em USD 63 milhões (0214599, pg. 682). A consultoria registrou que a proposta vencedora ficou “aproximadamente US\$ 200 por beneficiário por mês” abaixo da proposta da seguradora atual (0303680, pg. 2101). A economia feita com os segurados, portanto, financia as coberturas novas; o preço caiu por efeito da concorrência. Restabelecer a coparticipação de 20% custaria 2,1% do prêmio e as franquias anteriores, 2,5% (0237485, pg. 1626).
8. A única redução recomendada pela consultoria, a do seguro de vida, foi vetada pela Secretaria-Geral até “a eventual publicação do novo regulamento”, com “regras de transição para os atuais segurados”. O mesmo despacho mandou manter “as propostas visando à economia de recursos, incluindo ajustes de franquia e coparticipação”, sem transição (0230267, pg. 1366). O novo regulamento do PCAMSE está em elaboração, com publicação prevista para o fim de 2026 (0237485, pg. 1622; processo 09044.000004/2026-01).
9. Não há, nos autos públicos, registro de consulta às entidades representativas nem de análise do impacto das medidas sobre grupos de segurados. O documento inicial pedia o levantamento de

coberturas “objeto de demandas de grupos de servidores” (0151108, pg. 2) e o mapa de riscos prevê “análise das demandas dos servidores” (0214568, pg. 622 a 625); nenhum dos dois registra resultado. A ADB Sindical levou à Administração os resultados de consultas à categoria em 2023, 2024 e 2025, e na MSNP de 27 de fevereiro de 2026 a Administração se comprometeu a tratar do tema nas reuniões seguintes, o que não ocorreu. Os Ofícios nº 031 e 032/2026, de 1º de outubro, permanecem sem resposta.

10. Os fatos a seguir não constam dos autos. Provêm de notícias da imprensa que chegaram ao conhecimento da Diretoria. Segundo essas notícias, a Malakoff Humanis é alvo, desde o início de 2026, de inquérito preliminar do *Parquet national financier* por suspeita de “*corruption active et passive privée commise en bande organisée*”, com buscas em sua sede em 16 de junho de 2026, e atravessa crise de governança, com reunião do conselho de administração prevista para o início de novembro. Em 17 de outubro, ainda segundo a imprensa, surgiu reivindicação de vazamento de dados de saúde de segurados por um prestador do grupo. Até 21 de outubro, as notícias não registram indiciamento, sanção do supervisor nem condenação; os ratings A+ foram mantidos em janeiro de 2026. A MSH International, administradora do plano, pertence a outro grupo e não é mencionada nos fatos.

### Quesitos

11. Pede-se resposta fundamentada a cada quesito e, se cabível, sugestão de curso de ação.

**Quesito 1.** A fixação da coparticipação em 25% e das novas franquias, com as justificativas descritas nos itens 4 e 5, atende ao dever de motivação dos atos administrativos (Lei nº 9.784/1999, arts. 2º, parágrafo único, VII, e 50)? O vício é sindicável pelo Judiciário sem invasão do mérito administrativo?

**Quesito 2.** A Secretaria-Geral exigiu regulamento novo e regras de transição para alterar o seguro de vida dos atuais segurados, e dispensou ambos para alterar franquia, coparticipação e coberturas dos mesmos segurados (item 8). Essa assimetria é justificada? O mesmo argumento seria aplicável a outras mudanças nas condições do seguro-saúde?

**Quesito 3.** As exclusões de cobertura sem efeito financeiro, em especial a repatriação de doente terminal (item 6), têm fundamento válido? O Decreto nº 99.525/1990 e a Portaria de 1992 vedam alguma dessas coberturas? Há norma ou princípio oponível à redução do padrão assistencial, como o art. 230 da Lei nº 8.112/1990 ou a vedação ao retrocesso em matéria de saúde?

**Quesito 4.** O motivo declarado para as medidas é o “equilíbrio financeiro do Programa” (0230267) e a sustentabilidade do esquema (edital, Core Technical Conditions, item 1.1.3.2). Os números dos autos mostram que as medidas financiam coberturas novas, com custo líquido positivo, e que a redução do preço veio da concorrência (item 7). A divergência entre o motivo declarado e o efeito demonstrado tem consequência jurídica, ou serve apenas à negociação?

**Quesito 5.** Os fatos públicos sobre a Malakoff Humanis (item 10) são relevantes para a exigência de “proven integrity” do edital (Anexo K, item 2.1) e de “empresa de notória

idoneidade, tradição e eficiência” da Portaria de 1992 (art. 3º; 0152725, pg. 13)? A Administração deve documentar o exame da idoneidade antes de assinar? A ADB Sindical pode exigir esse exame e salvaguardas contratuais? Em que hipótese os fatos autorizariam revogar a licitação por fato superveniente (Lei nº 14.133/2021, art. 71, § 2º)?

**Quesito 6.** Com a liberação dos documentos, o mandado de segurança de 16 de outubro perdeu o objeto? Convém aditar a inicial com os vícios de mérito (quesitos 1 a 4) ou propor nova ação coletiva? Como obter os documentos restritos que fundamentam as estimativas (0214194, 0214196 e 0214363, entre outros)?

**Quesito 7.** Quais medidas podem impedir ou condicionar a assinatura do contrato, com que fundamentos e probabilidade? Como enfrentar o argumento de que a apólice vigente expira em 31 de março de 2027 sem renovação e de que a suspensão causaria desassistência? Cabe representação ao Tribunal de Contas da União e à Controladoria-Geral da União? Assinado o contrato, que vias restam?

**Quesito 8.** A Administração tinha dever de consultar as entidades representativas antes de alterar franquia, coparticipação e coberturas? Consideram-se o Decreto nº 99.525/1990 e a Portaria de 1992; a Convenção nº 151 da OIT, arts. 7 e 8 (Decreto nº 7.944/2013); o Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente, de julho de 2023, e as Portarias MRE nº 501 e 504/2023, que instituíram a MSNP; a Lei nº 9.784/1999 (arts. 2º, parágrafo único, IV, 31, 48 e 49); o compromisso assumido na MSNP de 27 de fevereiro de 2026; e o PL nº 1.893/2026, em tramitação. Qual é a prática no setor público e no setor privado?

**Quesito 9.** Uma greve motivada exclusivamente pelas alterações no PCAMSE seria lícita? Quais requisitos e quais consequências prováveis, inclusive quanto ao desconto dos dias parados?

**Quesito 10.** Uma greve que inclua o PCAMSE entre outras pautas, como os atrasos de ajuda de custo, auxílio-moradia e diárias e o descumprimento do Termo de Acordo nº 32/2024, seria lícita? A inclusão de ilegalidades da Administração fortalece a greve e a inclusão de pauta discricionária a enfraquece? Como formular a pauta e a convocação?

**Quesito 11.** A Assessoria Jurídica encontrou, nos autos e documentos encaminhados, alguma outra questão relevante que deva ser trazida ao conhecimento da Diretoria, ou que possa ensejar medidas do sindicato com vistas ao objetivo de manter os atuais níveis de cobertura, franquia e coparticipação do seguro-saúde?

Atenciosamente,

**DIRETORIA DA ADB SINDICAL**

## NOTA JURÍDICA

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Consultante</b> | Diretoria do Sindicato dos Diplomatas Brasileiros (ADB Sindical)                                                                                                                                                                                    |
| <b>Assunto</b>     | Novo seguro do Programa Complementar de Assistência Médica do Serviço Exterior (PCAMSE). Licitação conduzida pelo Escritório Financeiro em Nova York (processo SEI 09044.000001/2026-60). Resposta aos onze quesitos da consulta de outubro de 2026 |

### I – DA CONSULTA E DA SITUAÇÃO DO CASO

A Diretoria da ADB Sindical submeteu a este escritório onze quesitos sobre a licitação do novo seguro do Programa Complementar de Assistência Médica do Serviço Exterior (PCAMSE), conduzida pelo Escritório Financeiro em Nova York (EFNY).

O Chefe do EFNY adjudicou e homologou o certame em 16/10/2026 em favor da Malakoff Humanis, com a MSH International como administradora do plano, pelo valor de USD 52.779.070,00 no primeiro ano (0328427, itens 1.1.2 e 1.1.3, pg. 2632). Antes da assinatura do contrato, a Administração ainda precisa receber a proposta final ajustada, confirmar os créditos orçamentários, verificar a manutenção das condições de habilitação da vencedora e emitir a autorização de celebração (0328382, item 7.5, pg. 2628; 0328427, item 3.1, pg. 2633; 0237484, item 3.4, pg. 1618). A apólice atual, mantida com a Allianz, expira em 31/03/2027, sem possibilidade de nova renovação, segundo a própria Administração (0223838, item 3, pg. 1346).

O novo plano eleva a coparticipação padrão de 20% para 25% (vinte e cinco por cento), corrige as franquias anuais de USD 400 e USD 800 para USD 600 e USD 1.200, cria franquia própria para medicamentos, reduz limites e percentuais de reembolso em itens como óculos, atendimento fora da rede e contraceptivos e exclui três coberturas, entre elas a repatriação ao Brasil de beneficiário em estado terminal durante missão no exterior. Por outra via, inclui coberturas novas, como testes genéticos e cirurgia preventiva de câncer (Annex A, aba 2.1). Após a impetração do mandado de segurança coletivo pela ADB Sindical em 16/10/2026, a Administração liberou o processo, com mais de uma centena de documentos acessíveis e outros de acesso restrito.

Os números da própria Administração mostram que as medidas impostas aos segurados financiam as coberturas novas, sem reduzir o custo do programa. A coparticipação de 25% tem motivação relativamente genérica, e a exclusão da repatriação de doente terminal se apoia em premissa que, a rigor, o próprio estudo técnico contradiz.

## II – DA RESPOSTA AOS QUESITOS

### Quesito 1. Motivação da coparticipação de 25% e das novas franquias

**PERGUNTA** *A fixação da coparticipação em 25% e das novas franquias, com as justificativas descritas nos itens 4 e 5, atende ao dever de motivação dos atos administrativos (Lei nº 9.784/1999, arts. 2º, parágrafo único, VII, e 50)? O vício é sindicável pelo Judiciário sem invasão do mérito administrativo?*

A coparticipação de 25% atende apenas formalmente ao dever de motivação, porque o Estudo Técnico Preliminar (ETP), documento que fundamenta o planejamento da contratação, justifica o percentual em uma frase genérica e sem enfrentar a ressalva da consultoria contratada pela Administração. As novas franquias, ao contrário, seguem critério objetivo e estão abaixo da inflação acumulada. O vício do percentual pode ser examinado pelo Judiciário sem invasão do mérito administrativo, porque o controle recai sobre a existência e a congruência da motivação, matéria de legalidade, mas a probabilidade de êxito de uma ação limitada a esse ponto pode ser considerada baixa, porque os tribunais costumam respeitar escolhas técnicas que apresentam alguma justificativa.

O ETP afirma apenas que a coparticipação deve subir para 25%, “a qual é mais compatível com a prática atual de mercado” (0214542, item 3.4.3.2.3.4, pg. 570), sem indicar estudo, cotação ou manifestação da consultoria, embora tenha consultado a Mercer sobre o limite anual de desembolso (item 3.4.3.2.3.6, pg. 570). A Mercer havia concluído, em março de 2025, que o arranjo vigente “está alinhado às práticas de mercado, sendo os valores praticados considerados razoáveis”, sem indicativos de desequilíbrio “que justifiquem alterações substanciais sem uma análise mais ampla do pacote total de remuneração e benefícios” (0212626, pg. 195 a 197). Essa análise não aparece nos documentos acessíveis. Em dezembro de 2025, a mesma consultoria afirmou que “a coparticipação atual está abaixo dos padrões de mercado” e recomendou “introduzir coparticipações mais elevadas”, sem indicar percentual nem fonte e sem retomar a análise do pacote total (0212634, pg. 278 e 279). Essa recomendação favorece a Administração quanto à direção da medida e nada diz sobre o número escolhido.

A Lei n. 9.784/1999 exige que o ato que afete direitos indique os pressupostos de fato e de direito da decisão, com motivação “explícita, clara e congruente” (arts. 2º, parágrafo único, VII, e 50, I e § 1º), e a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB) acrescenta que a motivação deve demonstrar a necessidade e a adequação da medida, “inclusive em face das possíveis alternativas” (art. 20, parágrafo único). O ETP não examina as alternativas de 25% ou 30% que a Administração apresentou à Mercer.

Teoricamente, a avaliação poderia mudar conforme o conteúdo de uma troca de mensagens com a seguradora atual, de acesso restrito, que o ETP descreve como “troca de mensagens eletrônicas sobre ajustes na contribuição do segurado” (0214194 e 0214196, original e

tradução; 0214542, itens 16.31 e 16.32, pg. 620). Se contiverem a base técnica do percentual, o controle judicial ficará mais difícil.

Noutro cenário, as franquias estavam sem correção desde 01/05/2007, e a área técnica propôs corrigi-las “com base na inflação norte-americana”, sem apresentar o cálculo (0214542, itens 3.4.3.1.4 e 3.4.3.2.2.1, pg. 567 e 569). O cálculo, refeito com o índice de preços ao consumidor urbano (CPI-U) do *Bureau of Labor Statistics dos Estados Unidos*, que passou de 207,949 pontos em maio de 2007 para 336,940 pontos em setembro de 2026, fator de 1,62 que levaria as franquias a cerca de USD 648 e USD 1.296. Assim, os valores adotados ficam abaixo da inflação acumulada, e a Portaria do Ministro de Estado das Relações Exteriores de 25/02/1992, que regulamenta o programa, prevê expressamente a franquia anual (art. 4º, parágrafo único, 0152725, pg. 13).

## **Quesito 2. Assimetria entre o seguro de vida e o seguro-saúde**

**PERGUNTA** *A Secretaria-Geral exigiu regulamento novo e regras de transição para alterar o seguro de vida dos atuais segurados, e dispensou ambos para alterar franquia, coparticipação e coberturas dos mesmos segurados (item 8). Essa assimetria é justificada? O mesmo argumento seria aplicável a outras mudanças nas condições do seguro-saúde?*

A diferença de tratamento não possui justificativa clara nos autos, e o argumento que levou a Secretaria-Geral a exigir regulamento novo e regras de transição para o seguro de vida se aplica, com igual força, às mudanças de franquia, coparticipação e coberturas do seguro-saúde, porque os parâmetros dos dois seguros têm a mesma natureza contratual. O argumento tem consistência lógica, no entanto, a jurisprudência não reconhece direito a regra de transição em plano de saúde de servidores, o que reduz a sua força perante o Judiciário.

O Despacho da Secretaria-Geral de 19/06/2026 pediu estudos para o “aprimoramento da regulamentação do seguro de vida no âmbito do PCAMSE [...], incluindo regras de transição para os atuais segurados” e determinou “a manutenção do seguro de vida nos moldes atuais até a eventual publicação do novo regulamento”; no item seguinte, mandou manter “as propostas visando à economia de recursos, incluindo ajustes de franquia e coparticipação”, sem transição (0230267, pg. 1366). O despacho invoca parecer da Consultoria Jurídica do Ministério (CONJUR) que não trata de seguro de vida, de regulamentação do programa nem de transição (0230263, pg. 1352 a 1363).

A única distinção possível seria a de que os valores do seguro de vida dependem de norma, enquanto franquia e coparticipação seriam parâmetros contratuais. O ETP afasta essa premissa ao informar que os valores do seguro de vida “constam da seção ‘B’ do Anexo 3 ao Contrato atual” (0214542, item 3.4.2.2.1.1, pg. 563), sem que nenhuma norma os fixe. Se a alteração desses valores exigia regulamento e transição, a mesma razão alcança a coparticipação, a nova franquia de medicamentos e as exclusões de cobertura impostas aos mesmos segurados. O Decreto n. 99.525/1990 reserva ao Ministro de Estado a fixação de “critérios e definições pertinentes à matéria” (art. 5º, 0152720, pg. 9), e o princípio da segurança jurídica (Lei n. 9.784/1999, art. 2º) e o

dever de prever regime de transição quando nova orientação impuser novo condicionamento de direito (LINDB, art. 23) reforçam a exigência de tratamento uniforme.

Em sentido contrário, a Administração poderia invocar o registro de que franquia e coparticipação mudaram várias vezes por alteração contratual desde 2002, nos dois sentidos, sem ato normativo (item 3.5.2.1, pg. 572 e 573), e a orientação do Superior Tribunal de Justiça de que não há direito adquirido ao regime de custeio de plano de saúde de servidores, admitida a sua modificação “amparada em estudos atuariais” (STJ, Quarta Turma, REsp 1.785.504, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, j. 11/06/2019, DJe 02/08/2019).

### **Quesito 3. Exclusões de cobertura e normas oponíveis à redução**

**PERGUNTA** *As exclusões de cobertura sem efeito financeiro, em especial a repatriação de doente terminal (item 6), têm fundamento válido? O Decreto nº 99.525/1990 e a Portaria de 1992 vedam alguma dessas coberturas? Há norma ou princípio oponível à redução do padrão assistencial, como o art. 230 da Lei nº 8.112/1990 ou a vedação ao retrocesso em matéria de saúde?*

O Decreto n. 99.525/1990 e a Portaria de 1992 não vedam nenhuma das três coberturas excluídas, e a exclusão da repatriação de doente terminal se apoia em premissa equivocada, contradita pelo próprio ETP.

A Portaria de 1992 define a assistência de forma ampla, abrangidos “o fornecimento e a aplicação de meios, os cuidados e os demais atos médicos e paramédicos necessários” (art. 2º, I), e exclui apenas tratamentos sem finalidade exclusivamente terapêutica, tratamentos ou cirurgias de natureza cosmética e psicoterapia por profissional não habilitado (art. 5º) (0152725, pg. 12 e 13). O ETP adotou como critério manter o benefício quando houver motivação clara para ele e não houver indício de grande impacto financeiro com a exclusão (item 3.4.2.1.2.7, pg. 553). Ao examinar a repatriação, reconheceu “o evidente caráter humanitário do benefício” e o excluiu porque “não se identificou respaldo claro na Portaria de 25 de fevereiro de 1992” (pg. 554), com o objetivo declarado de “adequação normativa (e não de economia de recursos)” (0214599, item 4.3, pg. 675).

O benefício foi criado em abril de 2021, por decisão da Administração, na vigência da mesma Portaria (0214542, item 3.5.2.2, vii, pg. 574), e o mesmo ETP, ao tratar de óculos e odontologia, extraiu da Portaria uma “exigência normativa de cobrir gastos oftalmológicos” e afirmou que o Decreto e a Portaria “exigem essa cobertura” (pg. 555), leitura ampla que não aplicou à repatriação. Pela teoria dos motivos determinantes, o ato fica vinculado ao motivo declarado, e o Superior Tribunal de Justiça decidiu que, “viciada a motivação, inválido resultará o ato, por força da teoria dos motivos determinantes” (STJ, Primeira Turma, RMS 56.858, Rel. Min. Sérgio Kukina, j. 04/09/2018, DJe 11/09/2018). A rigor, a exclusão também descumpra o critério que o próprio ETP adotou, porque o estudo reconheceu motivação clara para o benefício e a economia estimada é de apenas 0,30% do prêmio de saúde (0214599, tabela 4.2, pg. 674 e 675).

As despesas de viagem e hospedagem para transplante foram excluídas porque qualquer cirurgia de alta complexidade pode exigir deslocamento (item 3.4.2.1.2.7.1, pg. 556). A medida não gera economia (0214599, tabela 4.2, pg. 674 e 675) e convive mal com o edital, que exige da seguradora evacuação médica para fins de transplante, mesmo para outro país (Technical Conditions, item 5.1.4.4). A exclusão das despesas de acompanhante de transplantado tem justificativa técnica mais consistente (item 3.4.2.1.2.7.2, pg. 556).

O art. 230 da Lei n. 8.112/1990 estabelece que a assistência à saúde do servidor e de sua família “terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para a promoção da saúde”, e a Administração vincula o PCAMSE a esse dispositivo (0214542, itens 3.1.2 e 3.2.2, pg. 522 e 527). A diretriz se opõe com mais força às medidas que encarecem a prevenção, como a coparticipação de 25% sobre contraceptivos, cuja manutenção o próprio ETP recomendou e cuja cobertura a Mercer sugeriu ampliar (pg. 554; 0212639, pg. 312), e a redução do reembolso da profilaxia da malária, doença que, segundo a nota técnica da pesquisa de preços, vitimou servidores do Itamaraty em missão (0214599, item 5.5, pg. 679). O art. 230 não fixa, porém, nível de cobertura nem proíbe a coparticipação. A vedação ao retrocesso, reconhecida para os direitos sociais (STF, Segunda Turma, ARE 639.337 AgR, Rel. Min. Celso de Mello, j. 23/08/2011, DJe 15/09/2011), admite revisões que preservem o “núcleo essencial” das garantias (STF, Tribunal Pleno, ADI 5.595, Red. p/ acórdão Min. Alexandre de Moraes, j. 18/10/2022, DJe 24/03/2023), núcleo em que dificilmente se enquadra um programa complementar revisto diversas vezes desde 2002.

#### **Quesito 4. Motivo declarado e efeito demonstrado das medidas**

**PERGUNTA** *O motivo declarado para as medidas é o “equilíbrio financeiro do Programa” (0230267) e a sustentabilidade do esquema (edital, Core Technical Conditions, item 1.1.3.2). Os números dos autos mostram que as medidas financiam coberturas novas, com custo líquido positivo, e que a redução do preço veio da concorrência (item 7). A divergência entre o motivo declarado e o efeito demonstrado tem consequência jurídica, ou serve apenas à negociação?*

A divergência entre o motivo declarado e o efeito demonstrado tem consequência jurídica, porque compromete a congruência da motivação e o exame de proporcionalidade das medidas, mas não basta, isoladamente, para invalidar o desenho do plano. O seu maior peso está na demonstração de que a recomposição das condições anteriores não ameaça o equilíbrio do programa.

O primeiro documento do processo pediu estudo de “possíveis novos parâmetros de financiamento do contrato, a fim de evitar a elevação dos atuais valores custeados pelo Erário” (0151108, item 5, pg. 2), e o ETP propôs compensar “no curto prazo” o custo das coberturas novas com as exclusões, a redução do seguro de vida e os ajustes de franquia e coparticipação (item 3.4.2.1.2.19, pg. 560).

Após o despacho da Secretaria-Geral, as estimativas indicaram economia de USD 4.259.200 com as medidas sobre os segurados, custo de USD 4.924.700 com as coberturas novas e acréscimo líquido de USD 665.500 por ano (0237485, tabela 5.23, pg. 1625 e 1626). As medidas não reduzem o custo do programa; transferem recursos dos segurados para as coberturas escolhidas pela Administração, efeito diverso do “equilíbrio financeiro” invocado no despacho.

A queda do preço resultou da concorrência, como registrou a consultoria ao informar que a proposta vencedora ficou cerca de “US\$ 200 por beneficiário por mês” abaixo da proposta da seguradora atual (0303680, item 7.1, pg. 2101). O valor adjudicado fica cerca de 16% (dezesseis por cento) abaixo do custo anual da apólice vigente, estimado em USD 63 milhões (0214599, item 5.19, pg. 682), e muito abaixo do orçamento estimado de USD 83.013.365,70 (0237485, item 5.26, pg. 1626). Pelas estimativas da seguradora atual, restabelecer a coparticipação de 20% custaria 2,10% do prêmio de saúde e restabelecer as franquias anteriores, 2,50% (0237485, tabela 5.23, pg. 1626), valores que cabem com folga na diferença entre o preço obtido e as referências da própria Administração.

A motivação que os números do processo não confirmam perde a congruência exigida pelo art. 50, § 1º, da Lei n. 9.784/1999, e o art. 20 da LINDB impõe à Administração demonstrar a necessidade da medida diante das alternativas. Em juízo, a divergência funciona como reforço das teses dos quesitos 1 e 3. A recomposição das condições anteriores pode ser feita por endosso ou termo aditivo, dentro do limite de alteração de 25% previsto na Portaria MRE nº 463/2023 (art. 68, VI e parágrafo único), embora não na negociação final, que o edital proíbe de aumentar o preço (Annex K, item 11.2).

#### **Quesito 5. Integridade da seguradora vencedora**

**PERGUNTA** *Os fatos públicos sobre a Malakoff Humanis (item 10) são relevantes para a exigência de “proven integrity” do edital (Anexo K, item 2.1) e de “empresa de notória idoneidade, tradição e eficiência” da Portaria de 1992 (art. 3º; 0152725, pg. 13)? A Administração deve documentar o exame da idoneidade antes de assinar? A ADB Sindical pode exigir esse exame e salvaguardas contratuais? Em que hipótese os fatos autorizariam revogar a licitação por fato superveniente (Lei nº 14.133/2021, art. 71, § 2º)?*

Os fatos noticiados sobre a Malakoff Humanis são pertinentes ao requisito de idoneidade do edital e da Portaria de 1992, e acredita-se que a Administração deve registrar o exame desses fatos antes da autorização de celebração do contrato. A ADB Sindical pode requerer esse exame e propor salvaguardas contratuais e a revogação da licitação, por sua vez, exigiria fato posterior ao certame que demonstrasse a falta de idoneidade, hipótese que as notícias atuais parecem não sustentar.

Os fatos conhecidos provêm exclusivamente da imprensa e devem ser tratados como notícias, sem juízo sobre a sua procedência. O site francês *24matins* informou em 28.06.2026 que o

*Parquet national financier*, órgão do Ministério Público francês, conduz investigação preliminar sobre suspeita de corrupção privada ligada a investimentos do grupo, com buscas em 16 de junho, e registrou que o grupo contesta as suspeitas e que essa fase não equivale a acusação formal.

Em outubro de 2026, o portal *Boursorama* noticiou questionamentos dos parceiros sociais do grupo à sua direção, e os sítios *Fuites Infos* e *Opticien Lunetier* noticiaram a divulgação de dados de segurados atribuídos a um prestador de gestão do grupo, e o grupo informou ter comunicado o caso à autoridade francesa de proteção de dados. Em sentido favorável, a empresa comunicou em 13/01/2026 a manutenção de sua nota de crédito A+ pelas agências S&P e Fitch. Nenhum desses fatos aparece nos documentos acessíveis do processo, e a MSH International pertence a outro grupo.

O edital admite apenas seguradoras “de comprovada idoneidade” (Annex K, item 2.1), e a Portaria de 1992 exige empresa “de notória idoneidade, tradição e eficiência” (art. 3º). O termo de homologação manda comprovar a manutenção das condições de habilitação antes da assinatura (0328427, itens 1.1.4 e 3.1, pg. 2632 e 2633), e esse é o momento em que a Administração deve registrar o exame dos fatos notórios.

A ADB Sindical pode provocá-lo como entidade representativa dos segurados e interessada no processo (Lei n. 9.784/1999, art. 9º, III), e pode pedir cláusulas que obriguem a seguradora a comunicar ao EFNY investigações, sanções e incidentes de segurança com dados dos segurados, que assegurem direito de auditoria sobre a seguradora, a administradora e os subcontratados e que prevejam a extinção do contrato por evento grave de integridade ou de proteção de dados. Essas cláusulas concretizam exigências do próprio edital sobre proteção de dados e conformidade anticorrupção (*Technical Conditions*, itens 6.1 e 6.2) e não alteram o preço.

Ocorre que a revogação exige “fato superveniente devidamente comprovado” e prévia manifestação dos interessados (Lei n. 14.133/2021, art. 71, §§ 2º e 3º). As buscas de junho antecedem o edital, publicado em 08/07/2026, e não são supervenientes ao certame. Os fatos posteriores autorizariam a revogação se evoluíssem para acusação formal, sanção do órgão supervisor ou comprometimento da capacidade de execução do contrato, o que, no estágio atual, não ocorreu.

#### **Quesito 6. Mandado de segurança, aditamento, nova ação e documentos restritos**

**PERGUNTA** *Com a liberação dos documentos, o mandado de segurança de 16 de outubro perdeu o objeto? Convém aditar a inicial com os vícios de mérito (quesitos 1 a 4) ou propor nova ação coletiva? Como obter os documentos restritos que fundamentam as estimativas (0214194, 0214196 e 0214363, entre outros)?*

Acredita-se que o mandado de segurança perdeu o objeto, porque a homologação de 16/10/2026 e a liberação do processo à ADB Sindical superaram os pedidos de acesso aos documentos e de sobrestamento do certame até a sua exibição. A propositura de nova ação se

justifica apenas para a exclusão da repatriação de doente terminal e, de forma acessória, para as despesas de viagem e hospedagem ligadas a transplante.

A ADB Sindical pode informar ao juízo a liberação do processo e requerer a extinção do feito sem resolução do mérito por perda superveniente do objeto (Código de Processo Civil, arts. 485, VI, e 493), ou desistir da ação, providência admitida a qualquer momento antes do término do julgamento, sem anuência da parte contrária (STF, Tribunal Pleno, RE 669.367, Tema 530 da repercussão geral, Red. p/ acórdão Min. Rosa Weber, j. 02/05/2013, DJe 30/10/2014). Os efeitos práticos são equivalentes, e o mandado de segurança não comporta condenação em honorários (Lei n. 12.016/2009, art. 25).

O aditamento suscitado encontra obstáculo no Código de Processo Civil, que só permite alterar o pedido sem consentimento do réu até a citação (art. 329), e no próprio mandado de segurança, que exige prova pré-constituída, incompatível com questões que envolvem cálculo atuarial e escolhas técnicas. Eventual nova ação deve seguir o procedimento comum, que admite perícia e não se sujeita ao prazo de 120 (cento e vinte) dias do mandado de segurança (Lei n. 12.016/2009, art. 23).

Uma vez que a própria Administração definiu os documentos restritos que concedeu acesso, não há como indicar se a restrição foi legítima, ao contrário do que poderia ocorrer se houvesse ordem judicial de apresentação dos documentos especificados no Mandado de Segurança.

Como exemplo, as mensagens sobre a contribuição do segurado e o uso do seguro (entre elas 0214194, 0214196 e 0214363), as comunicações sobre as garantias da proposta vencedora e os registros da negociação final serviram de base a decisões já tomadas e, por isso, não podem mais ser mantidos em sigilo como documentos preparatórios (Lei n. 12.527/2011, art. 7º, § 3º; Decreto n. 7.724/2012, art. 20).

#### **Quesito 7. Medidas para impedir ou condicionar a assinatura do contrato**

**PERGUNTA** *Quais medidas podem impedir ou condicionar a assinatura do contrato, com que fundamentos e probabilidade? Como enfrentar o argumento de que a apólice vigente expira em 31 de março de 2027 sem renovação e de que a suspensão causaria desassistência? Cabe representação ao Tribunal de Contas da União e à Controladoria-Geral da União? Assinado o contrato, que vias restam?*

A probabilidade de impedir a assinatura é baixa, porque a apólice vigente termina em 31/03/2027 sem renovação e o risco de deixar os segurados sem cobertura pesa contra qualquer medida suspensiva, ainda que se possa cogitar de, em casos extremos, a realização de contratação emergencial. Já a probabilidade de condicionar a assinatura a providências prévias dependeria de ajustes junto à Administração, desde que o pedido seja feito enquanto pendem a proposta final ajustada, a autorização de celebração e a confirmação dos créditos.

Assim, o instrumento possível para condicionar a assinatura é o requerimento à Secretária-Geral e ao Chefe do EFNY, com pedido de providência acauteladora (Lei n. 9.784/1999, art. 45), fundado em providências que os próprios autos indicam.

A CONJUR recomendou o registro fundamentado da exequibilidade da proposta vencedora, para evitar “jogo de planilha com baixo preço agora e reajuste elevado na prorrogação” (0230263, item 76, pg. 1360), e esse registro não aparece no relatório final. A vigência de três anos oferecida na negociação ficou sujeita “às necessárias aprovações administrativas, jurídicas, orçamentárias e financeiras” (0328382, item 5.6.1, pg. 2627), e a Portaria MRE nº 463/2023 exige, para contrato plurianual, que o ordenador de despesas ateste “a maior vantagem econômica” dessa opção (art. 57, § 4º, I). O orçamento estimado superou a declaração de adequação orçamentária, de USD 77.604.819,07 (0223849, pg. 1341; 0237485, item 5.27, pg. 1626).

O argumento da desassistência tem resposta parcial nos documentos da Administração, porque o próprio mapa de riscos admite, diante de atraso, “a contratação emergencial da própria Allianz por período adicional” (0214568, risco 3, pg. 624), e restam cerca de cinco meses até o fim da apólice. A CONJUR, contudo, registrou que, sem a contratação, “os servidores do Serviço Exterior ficam sem cobertura médica no Brasil e no Exterior” (0230263, item 72, pg. 1360), e a Presidência do Superior Tribunal de Justiça suspendeu decisão que paralisava licitação de plano de saúde de servidores municipais pelo “risco de interrupção da prestação do serviço de saúde” (STJ, SS 3.561, Min. Herman Benjamin, decisão de 20/12/2024).

Teoricamente, eventual representação ao Tribunal de Contas da União (TCU) é cabível, porque qualquer pessoa jurídica pode representar contra irregularidades na aplicação da Lei n. 14.133/2021 (art. 170, § 4º) e o sindicato é parte legítima para denunciá-las (Constituição Federal (CF), art. 74, § 2º). A probabilidade de medida cautelar suspensiva é baixa, pelo mesmo risco de desassistência, mas a representação submete ao controle externo os pontos de exequibilidade, vigência e motivação, e o TCU já tomou como padrão de regularidade o registro de “análise conclusiva pela exequibilidade” (TCU, Plenário, Acórdão 1405/2026, Rel. Min. Antonio Anastasia, sessão de 03/06/2026). A denúncia à CGU tem efeito semelhante.

Depois da assinatura, a anulação do contrato só será declarada se o vício não puder ser sanado e se a medida atender ao interesse público, consideradas a continuidade do serviço e os riscos sociais (Lei n. 14.133/2021, arts. 147 e 148), o que a torna improvável para um seguro de saúde em execução. Restariam a alteração por endosso ou termo aditivo, a renovação anual, a extinção sem justa causa com aviso de seis meses prevista no edital (*Technical Conditions*, item 7.1.3.6.2), a nova regulamentação do programa, em elaboração no processo SEI 09044.000004/2026-01 com publicação prevista para o fim de 2026 (0237485, itens 4.3 e 4.4, pg. 1622), e a ação de objeto restrito aventada no quesito 6.

#### **Quesito 8. Dever de consulta às entidades representativas**

**PERGUNTA** *A Administração tinha dever de consultar as entidades representativas antes de alterar franquia, coparticipação e coberturas? Consideram-se o Decreto nº 99.525/1990 e a Portaria de 1992; a Convenção nº 151 da OIT, arts. 7 e 8 (Decreto nº 7.944/2013); o Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente, de julho de 2023, e as Portarias MRE nº 501 e 504/2023, que instituíram a MSNP; a Lei nº 9.784/1999 (arts. 2º, parágrafo único, IV, 31, 48 e 49); o compromisso assumido na MSNP de 27 de fevereiro de 2026; e o PL nº 1.893/2026, em tramitação. Qual é a prática no setor público e no setor privado?*

A Administração não tinha dever jurídico de consultar as entidades representativas como condição de validade da alteração de franquia, coparticipação e coberturas, porque nenhuma das normas indicadas impõe consulta prévia vinculante. Tinha, contudo, dever de lealdade decorrente do compromisso assumido na Mesa Setorial de Negociação Permanente (MSNP) e da boa-fé exigida pela Lei n. 9.784/1999, e a quebra desse dever não invalida a licitação.

O Decreto n. 99.525/1990 e a Portaria de 1992 não preveem consulta às entidades, e a Lei n. 9.784/1999 exige atuação segundo padrões de boa-fé (art. 2º, parágrafo único, IV), faculta a consulta pública em matéria de interesse geral (art. 31) e impõe o dever de decidir os requerimentos (arts. 48 e 49).

A Convenção nº 151 da Organização Internacional do Trabalho, promulgada pelo Decreto n. 7.944/2013, obriga o Estado a estimular procedimentos que permitam aos representantes dos servidores participar da fixação das condições de trabalho (art. 7) e a buscar a solução de conflitos pela negociação (art. 8), mas tem caráter programático.

O Supremo Tribunal Federal mantém leitura restritiva da negociação no serviço público (STF, Tribunal Pleno, ADI 4.417, Rel. Min. Nunes Marques, j. 18/02/2026, DJe 13/04/2026), e não há notícia de jurisprudência que extraia da Convenção um dever de consulta prévia. O Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente e as Portarias MRE nº 501 e 504/2023 organizam o diálogo entre a Administração e as entidades, sem condicionar a validade dos atos administrativos à consulta.

Os autos registram que a Administração se propôs a ouvir os servidores, visto que o documento inicial mencionou coberturas “objeto de demandas de grupos de servidores” (0151108, item 5, pg. 2) e o mapa de riscos previu a “análise das demandas dos servidores” (0214568, risco 1, pg. 622), sem que os documentos acessíveis registrem essa análise.

A ADB Sindical levou à Administração os resultados de consultas à categoria em 2023, 2024 e 2025, e, na MSNP de 27/02/2026, a Administração se comprometeu a tratar do tema nas reuniões seguintes. Esse histórico gerou expectativa legítima de participação, e os Ofícios nº 031 e 032/2026, que pediram o reconhecimento da ADB Sindical como interessada, permanecem sem decisão, em desacordo com o dever de decidir.

O Projeto de Lei n. 1.893/2026, sobre negociação coletiva no serviço público, ainda não foi aprovado e não gera dever atual. O escritório não localizou levantamento confiável sobre a prática de consulta prévia no setor público. No setor privado, a Consolidação das Leis do Trabalho veda a alteração unilateral lesiva do contrato de trabalho (art. 468), regra que alcança benefícios incorporados ao contrato, mas não se transpõe ao vínculo legal do servidor.

**Quesito 9. Greve motivada exclusivamente pelas alterações no PCAMSE**

**PERGUNTA** *Uma greve motivada exclusivamente pelas alterações no PCAMSE seria lícita? Quais requisitos e quais consequências prováveis, inclusive quanto ao desconto dos dias parados?*

A greve motivada apenas pelas alterações no PCAMSE seria lícita em tese, porque o seguro-saúde integra as condições de trabalho do Serviço Exterior, desde que cumpridos os requisitos da Lei n. 7.783/1989, aplicada aos servidores públicos no que couber. As consequências prováveis são o desconto dos dias parados e o risco de declaração de abusividade, que depende da prova da negociação prévia e da manutenção dos serviços inadiáveis.

O Supremo Tribunal Federal determinou a aplicação, aos servidores públicos civis, das leis que regem a greve no setor privado, no que couber, e atribuiu ao Superior Tribunal de Justiça a competência para os movimentos de âmbito nacional (STF, Tribunal Pleno, MI 708, Rel. Min. Gilmar Mendes, j. 25/10/2007, DJe 31/10/2008). A vedação absoluta de greve alcança apenas policiais civis e servidores que atuam diretamente na segurança pública (STF, Tribunal Pleno, ARE 654.432, Tema 541 da repercussão geral, Red. p/ acórdão Min. Alexandre de Moraes, j. 05/04/2017, DJe 11/06/2018), grupo em que os diplomatas não se incluem.

A Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça exige a comprovação de negociação frustrada, a notificação prévia da paralisação, a assembleia regularmente convocada, a manutenção dos serviços essenciais e a inexistência de acordo em vigor, salvo para exigir o seu cumprimento (STJ, Primeira Seção, Pet 7.884, Rel. Min. Hamilton Carvalhido, j. 22/09/2010, DJe 07/02/2011), e declarou abusiva greve que descumpriu o aviso de 72 (setenta e duas) horas em atividade essencial (STJ, Primeira Seção, AgInt nos EDcl na Pet 7.985, Rel. Min. Francisco Falcão, j. 15/08/2023, DJe 17/08/2023). O Estatuto da ADB Sindical atribui à Assembleia Geral a decisão sobre o exercício do direito de greve (art. 16, IX).

O Supremo Tribunal Federal fixou que a Administração deve descontar os dias de paralisação, permitida a compensação em caso de acordo, e que “o desconto será, contudo, incabível se ficar demonstrado que a greve foi provocada por conduta ilícita do Poder Público” (STF, Tribunal Pleno, RE 693.456, Tema 531 da repercussão geral, Rel. Min. Dias Toffoli, j. 27/10/2016, DJe 19/10/2017). A exceção dificilmente se aplicaria a uma greve apenas pelo PCAMSE, porque o desenho do plano resulta de decisão administrativa discricionária, ainda que criticável, e o Superior

Tribunal de Justiça examina com rigor a alegação de conduta ilícita (STJ, Primeira Seção, Pet 16.599, Rel. Min. Francisco Falcão, j. 17/03/2026, DJEN 23/03/2026).

#### **Quesito 10. Greve com pauta múltipla**

**PERGUNTA** *Uma greve que inclua o PCAMSE entre outras pautas, como os atrasos de ajuda de custo, auxílio-moradia e diárias e o descumprimento do Termo de Acordo nº 32/2024, seria lícita? A inclusão de ilegalidades da Administração fortalece a greve e a inclusão de pauta discricionária a enfraquece? Como formular a pauta e a convocação?*

A greve que inclua o PCAMSE entre outras pautas seria igualmente lícita em tese, nas condições do quesito anterior, e a inclusão de obrigações vencidas da Administração fortalece o movimento, porque pode configurar a conduta ilícita que afasta o desconto dos dias parados. A pauta discricionária não enfraquece a greve do ponto de vista jurídico, mas também não sustenta, por si, essa exceção.

O inadimplemento injustificado de obrigação legal ou pactuada, como os atrasos de ajuda de custo, auxílio-moradia e diárias e o descumprimento do Termo de Acordo nº 32/2024, pode caracterizar a conduta ilícita referida no Tema 531. A exceção não se presume, e a Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça a afastou em 2026 porque a União demonstrou que o atraso decorreu de obstáculos legais e orçamentários (Pet 16.599, cit.). Em sentido favorável, a mesma Seção já reconheceu que acordo firmado com servidores, ainda que sem força vinculante, afasta a abusividade da greve que busca o seu cumprimento (Pet 7.884, cit.).

A pauta deve apresentar primeiro as obrigações vencidas, com a norma ou o acordo que as instituiu, a data de vencimento, o número de servidores afetados e os pedidos já feitos, e depois as reivindicações sobre o PCAMSE, formuladas como pedidos concretos. A convocação deve observar o estatuto, com edital que indique pauta, data, local e forma de votação, ata que registre a deliberação e o quórum, comissão de negociação com poderes definidos, plano de manutenção dos serviços inadiáveis e comunicação formal à Administração com a antecedência legal.

#### **Quesito 11. Outras questões relevantes encontradas nos autos**

**PERGUNTA** *A Assessoria Jurídica encontrou, nos autos e documentos encaminhados, alguma outra questão relevante que deva ser trazida ao conhecimento da Diretoria, ou que possa ensejar medidas do sindicato com vistas ao objetivo de manter os atuais níveis de cobertura, franquia e coparticipação do seguro-saúde?*

A leitura dos autos revelou três questões que interessam ao objetivo de manter os níveis atuais de cobertura, franquia e coparticipação, e a mais relevante é o risco de reajuste em 2028, que pode recair de novo sobre a contribuição dos segurados.

A equipe de planejamento advertiu que, se o preço da apólice fosse subestimado, a seguradora “**certa e seguramente**” compensaria a situação na renovação (nota técnica 0216360,

transcrita no parecer 0230263, item 74, pg. 1360). A proposta vencedora ficou cerca de USD 200 por beneficiário por mês abaixo da seguradora atual, e a cláusula negociada para a renovação não prevê reajuste enquanto a relação projetada entre sinistros e prêmios não passar de 1,02, aplica reajuste proporcional ao excesso entre 1,02 e 1,14 e limita o reajuste a 12% acima disso (0328382, item 6.2, pg. 2627). A vigência de três anos, oferecida à vencedora na negociação final, difere do contrato anual renovável previsto no edital (Annex K, item 1.4).

O projeto básico da contratação foi aprovado em 03/06/2026 (0223832, pg. 1338), antes das mudanças determinadas pela Secretaria-Geral em 19/06/2026, e os documentos acessíveis não registram nova aprovação das versões ajustadas. **Os ofícios em que a ADB Sindical pediu o reconhecimento como interessada não constam do processo**, embora a lei assegure ao interessado ciência da tramitação e o direito de formular alegações a serem consideradas (Lei n. 9.784/1999, art. 3º, II e III).

No plano dos benefícios, a redução de 80% para 75% do reembolso de psiquiatria e psicoterapia contraria a recomendação da Mercer de paridade de 80% para os serviços de saúde mental (0212639, pg. 312), embora a negociação final tenha dispensado o encaminhamento médico para a psicoterapia (0328382, item 5.5.1, pg. 2627). A nova regulamentação do PCAMSE é a sede própria para levar esse ponto, a regra de transição do quesito 2 e a revisão da coparticipação sobre prevenção, e a ADB Sindical pode requerer acesso à minuta e prazo para manifestação, além de negociar a previsão de consulta às entidades antes de alterações futuras.

### **III – DA CONCLUSÃO E DAS PROVIDÊNCIAS**

Entre as teses examinadas, a invalidade da exclusão da repatriação de doente terminal e a da exclusão das despesas de viagem e hospedagem para transplante são as únicas que, no juízo desse escritório, não teriam baixa viabilidade ou probabilidade de êxito. As demais, que tratam da motivação do percentual de 25%, da falta de transição para o seguro-saúde e da diferença entre motivo declarado e efeito financeiro, embora reforcem os pedidos de recomposição, enfrentariam dificuldades em serem reconhecidas. A contratação em si dificilmente será impedida, e as providências de maior efeito são as que antecedem a assinatura.

O escritório permanece à disposição da Diretoria para eventuais esclarecimento.

**FISCHGOLD BENEVIDES ADVOGADOS**