



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA - AMAZONAS

AO JUÍZO DA ___ VARA FEDERAL DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO AMAZONAS

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, pela Procuradora da República signatária, vem, respeitosamente, com fundamento nos artigos 127 e 129, III, da Constituição da República Federativa do Brasil, artigo 6º, VII, b e d, da Lei Complementar 75/1993 (Lei Orgânica do Ministério Público da União), artigos 1º, I e IV, 5º, I, e 12 da Lei 7.347/1985 (Lei da Ação Civil Pública), propor a presente **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** em face de:

UNIÃO, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Procuradoria da União no Amazonas (AGU), com endereço na Avenida Tefé, nº 611, Edifício Luís Higinio de Souza Neto, Praça 14 de Janeiro, Manaus;

ESTADO DO AMAZONAS, pessoa jurídica de direito público interno, representada pela Procuradoria-Geral do Estado do Amazonas (PGE), com endereço na Rua Emílio Moreira, nº 1308, Praça 14 de Janeiro, Manaus;

pelos fundamentos de fato e de direito a seguir expostos.

1. DA SÍNTESE DO OBJETO DA DEMANDA

Trata-se de ação civil pública ajuizada pelo **Ministério Público Federal** em face da União e do Estado do Amazonas, a partir dos fatos apurados no inquérito civil n. 1.13.000.000392/2024-89, requerendo a condenação dos réus ao pagamento de indenização por danos morais e ao cumprimento de obrigações de fazer, em decorrência de omissões na implementação da Portaria 4094/2018 do Ministério da Saúde e na implementação de medidas adaptadas de atendimento de indígenas de recente contato na rede hospitalar estadual em Manaus.

2. DOS FATOS

2.1. Dos acontecimentos durante a internação de Ccorima Kulina e da morte de Tadeo Kulina

Em **01.02.2024**, Ccorima Kulina, indígena de recente contato da etnia kulina, não falante do português, em gestação de 38 semanas e quatro dias, foi internada na Maternidade Ana Braga (gestão estadual), em razão de dor abdominal difusa, abdômen distendido, hipertimpânico e redução de ruídos hidroaéreos (Nota Técnica Maternidade Ana Braga, doc. 1). A paciente era acompanhada pelo marido, Tadeo Kulina, também indígena de recente contato da etnia kulina e pouco falante do português, que faleceu no dia 07.02.2024 (Declaração de Óbito, doc. 2).

Ccorima Kulina foi transferida em 01.02.2024 do Hospital de Envira, em que estava internada, para Manaus, por meio do Sistema de Transferência e Emergência Regulada (SISTER), em UTI aérea, em razão da insuficiência de recursos humanos no município de Envira/AM (Folha de Informação n. 1694/2024-ASJUR/SES/-AM, doc. 3). Durante o percurso, Ccorima foi acompanhada de um médico e um enfermeiro (equipe do TFD) e do marido, Tadeo Kulina, sem a presença de intérprete, mediador cultural ou qualquer outra pessoa que falasse a língua kulina.

Em Manaus, as dificuldades de comunicação persistiram. Ccorima não conseguia compreender a quais tratamentos estava sendo submetida e qual era seu estado de saúde. Tentando diminuir a barreira linguística, Tadeo, que falava pouco português, procurava explicar para Ccorima as informações que lhe eram passadas pela equipe de saúde, quando as

compreendia.

Ainda no dia 01.02.2024, foi aventada a hipótese diagnóstica de síndrome HELLP¹ e solicitada imediatamente a cesárea, que ocorreu no dia seguinte, às 01h35. Conforme relato médico (doc. 1), Ccorima Kulina recebeu alta cirúrgica em 05.02.2024 e permaneceu na unidade com Tadeo, enquanto ambos aguardavam em enfermaria a liberação da filha recém-nascida, que necessitava de exames complementares e avaliação de especialistas. A recém-nascida teve alta ambulatorial em 13.02.2024 (doc. 4).

No dia **06.06.2024**, de acordo com o relato registrado em prontuário pela assistente social Zilda Leal (doc. 4), Tadeo começou a apresentar comportamento estranho, o que foi informado à enfermeira Saray Lasmar, responsável naquela data pela visita diária do Distrito Sanitário Especial Indígena do Médio Rio Solimões e Afluentes aos pacientes hospitalizados em Manaus. Segundo o apurado, Tadeo Kulina desejava evadir-se da unidade hospitalar com a esposa e a filha recém-nascida.

A enfermeira constatou que Tadeo Kulina estava com **olhar assustado** e que relatava estar sendo perseguido pela polícia. Tadeo Kulina relatava, ainda, visões de pessoas que desejavam matá-lo e citava o nome de indígenas da própria aldeia. Durante a visita, Tadeo Kulina solicitou ligação para a enfermeira Vanessa e, após o fim do contato, aparentava estar mais calmo (Memorando n. 063/SS/CASAI/MANAUS, p. 11/15, doc. 5).

Após o fim da visita, Tadeo Kulina continuou a se comportar estranhamente e tentou deixar o hospital com a esposa e a filha, tendo sido convencido por outros acompanhantes e pacientes a deixá-las (doc. 4). A equipe da CASAI Manaus foi informada da situação no dia seguinte (doc. 4, p. 10 e doc. 5).

O fato de Tadeo estar se comportando de maneira diferente do usual foi confirmado pela CASAI, através das visitas da enfermeira responsável, bem como pelo depoimento da enfermeira na polícia civil, no qual afirma que **Tadeo lhe disse estar tendo**

¹ A síndrome HELLP é uma variante da pré-eclâmpsia, que “surge em menos de 1% das gestações. Mulheres com a síndrome de HELLP apresentam hemólise (fragmentação dos glóbulos vermelhos), resultados elevados de provas hepáticas e baixa contagem de plaquetas. A maioria das gestantes com a síndrome HELLP tem hipertensão arterial e proteína na urina, mas algumas não têm nem uma nem outra” (Dulay, Antonette T., 2024), disponível em <https://www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAde-feminina/complica%C3%A7%C3%B5es-da-gravidez/pr%C3%A9-ecl%C3%A2mpsia-e-ecl%C3%A2mpsia>, disponível em 12.12.2024.

visões. Por oito dias Tadeo ficou desaparecido. A posterior investigação da morte de Tadeo confirma o seu estado mental atípico (doc. 6). **O indígena vagou pela cidade sem ser compreendido em razão da sua língua, conforme depoimento da Sra. Marielza Oliveira Santana,** dona do lava jato onde ele foi detido pela polícia militar (doc. 6).

Neste estado mental alterado, Tadeo subiu em uma laje de aproximadamente 7 metros e se projetou para fora, caindo em uma área com entulhos de construção. A polícia militar, ao chegar no local, **às 11h08 o deteve** e encaminhou para a delegacia para registro de Boletim de Ocorrência. Mesmo verificando que ele possuía vários machucados pelo corpo, os policiais **o deixaram sozinho dentro da viatura, somente o encaminhando ao hospital às 16h55.**

Ressalte-se que, segundo o DSEI Médio Rio Solimões, responsável pelo atendimento de todos os indígenas da aldeia de origem de Tadeo, ele não possuía transtornos mentais (doc. 7).

Às 16h55 de 06.02.2024, Tadeo Kulina foi admitido no Hospital e Pronto-Socorro dr. João Lúcio Pereira Machado. Segundo informações da ficha de atendimento (doc. 8), o paciente foi levado ao hospital pela polícia militar, estava desacordado e foi vítima de agressão, apresentando, ao exame inicial, sangramento vesical, escoriações por todo o corpo e rebaixamento no nível de consciência.

Na avaliação da enfermagem (doc. 8, p. 4) consta que Tadeo, quando chegou ao hospital trazido pela polícia militar, **possuía sinais de agressão física e tortura,** com vários hematomas em diversas partes do corpo **e os pés e mãos amarrados.** Após a realização de tomografia computadorizada do crânio, identificou-se hematoma subdural e intenso edema cerebral, oportunidade em que foi solicitada intervenção cirúrgica (doc. 8, p. 12).

Antes da cirurgia, após parada cardiorrespiratória, foi identificada a ausência de sinais de viabilidade cerebral, momento no qual foi decretado o **óbito em 07.02.2024, à 01h,** tendo como causa da morte hematoma subdural, por fratura de base de crânio, traumatismo cranioencefálico por instrumento contundente (Nota Técnica Hospital e Pronto-Socorro dr. João Lúcio Pereira Machado, doc. 9).

O exame necroscópico (Registro n. 229/2024, p. 33/35, doc. 6) concluiu que a

morte se deu por traumatismo cranioencefálico, hematoma subdural e fratura de base de crânio, ocasionados por instrumento contundente. O corpo de Tadeo Kulina **foi identificado apenas em 14.02.2024** pela enfermeira Saray Lasmar Felipe, colaboradora do Distrito Sanitário Especial Indígena em Manaus (Inquérito Policial, p. 59/60, doc. 6).

Após o desaparecimento de Tadeo, Ccorima esteve sozinha na maternidade, **sem acompanhamento do DSEI, por seis dias, entre 07/02/2024 e 13/02/2024**. No último dia a enfermeira Saray Lasmar Felipe se dirigiu à unidade hospitalar, oportunidade na qual informou do falecimento de Tadeo Kulina à esposa. Durante esse período, **Ccorima, que não fala português e possui pouca familiaridade com o ambiente hospitalar, sozinha na maternidade**, foi **auxiliada de forma limitada pelas outras pacientes** internadas na enfermaria e seus acompanhantes.

As dificuldades de contato com a paciente são atestadas pelo pediatra Rock Lane Seixas, que, em 10.02.2024, solicitou apoio do setor de serviço social da Maternidade Ana Braga. Na solicitação, o médico registra que Ccorima Kulina estava sem acompanhante e que a enfermagem referia uma única visita da Casai (doc. 4, p. 9). Em Nota Técnica, a Maternidade Ana Braga assinalou que “vários profissionais registraram em prontuário a dificuldade de comunicação com a puérpera, **destacando a ausência de intérprete ou representantes da CASAI durante a maior parte do período de internamento**” (doc. 1).

Quando questionados sobre o acompanhamento de Ccorima Kulina entre 07 e 13.02.2024, quando estava sozinha, o DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (Ofício n. 145/2024/GAB/DSEI - Médio Rio Solimões e Afluentes/AM, doc. 10) e o DSEI Manaus (Memorando n. 063/SS/CASAI/MANAUS, doc. 5) não comprovaram visitas à paciente entre os dias 08 e 12.02.2024.

2.2 Das tentativas frustradas de resolução extrajudicial

O Ministério Público Federal tomou conhecimento do caso apenas no dia 18 de fevereiro de 2024, quando já havia a confirmação da morte de Tadeo. A partir da notícia, foi instaurado o IC 1.13.000.000392/2024-89, no qual restou demonstrada a existência de violação de direitos coletivos e individuais, decorrentes da omissão da União e do estado do Amazonas

em implementar uma política de assistência à saúde integral e adaptada aos povos de recente contato, quando referenciados da aldeia para Manaus.

Assim, foram feitas reuniões buscando a resolução extrajudicial da situação, com a criação de um fluxo integrado encabeçado pelo DSEI (União) em interlocução com o estado do Amazonas, para que houvesse um **acompanhamento mais próximo dos indígenas de recente contato que estão em Manaus para tratamento, inclusive com a contratação de intérpretes** (docs. 4 e 11).

Foi expedida a **RECOMENDAÇÃO Nº 4 DE 9 de julho de 2024** (doc. 12), aos Hospitais do Estado do Amazonas nos seguintes termos:

(i.1) a disponibilização, em 5 (cinco) dias a partir do acatamento da Recomendação, **de canal de contato institucional diário, inclusive nos fins de semana, entre cada unidade hospitalar**, que não dependa dos terminais telefônicos particulares dos membros da equipe de saúde, **para contato interinstitucional com a CASAI Manaus e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, para acompanhamento dos pacientes indígenas, em especial os de recente contato.** (i.2) o canal de comunicação **deve permitir a rápida resposta em ambas as pontas (hospital-CASAI/DSEI) e ser institucionalizado;** (i.3) **na impossibilidade de estabelecimento do canal, a disponibilização das escalas semanais ou mensais das equipes de saúde, com os respectivos contatos em tempo integral, à Casai Manaus para acompanhamentos dos pacientes indígenas, em especial os de recente contato.**

A recomendação também foi dirigida aos órgãos da União, DSEI-MAO e DSEI-MRSA, nos seguintes termos:

(ii) ao DSEI MANAUS, através da CASAI-MANAUS, **que realize o acompanhamento diário dos indígenas de recente contato internados nos hospitais de média e alta complexidade em Manaus**, de preferência presencial ou, quando não seja possível, por meio de contato telefônico/videochamada, através dos contatos disponibilizados pelos

hospitais.

Por fim, foi recomendada a criação de plano estadual de saúde indígena nos seguintes termos:

(iii) à Secretaria de Saúde do Amazonas e à Coordenação Estadual de Saúde Indígena do Amazonas, na pessoa do Coordenador Ronaldo Seixas Barros pra que **desenvolvam plano estadual de saúde indígena ou instrumento similar que preveja medidas de melhoria e adaptação do atendimento de indígenas de recente contato nas maternidades e hospitais de média e alta complexidade estaduais**, seguindo o princípio da isonomia e as diretrizes da Portaria 4.094/2018 do Ministério da Saúde

A recomendação foi acatada apenas pela Maternidade Chapot Prévost (doc.13).

2.3. Situação dos Kulina no Rio Purus

Os kulina, que se autodenominam *madija* ou *madiha*, são povo indígena que habita tradicionalmente as margens do rios Juruá e Purus, ocupando a área pertencente, no Amazonas, aos municípios de Envira, Ipixuna, Itamarati, Eirunepé, Juruá, Uarini, Lábrea, Pauini e Carauari, em terras indígenas em diversas fases de regularização. Devido à grande dispersão territorial dos *madiha*, somada às particularidades administrativas relacionadas à gestão da saúde indígena, três Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEIs) prestam atendimento a esse povo, a depender da localização em que se encontrem: DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes (DSEI MRSA), DSEI Alto Rio Purus (DSEI ARP) e DSEI Alto Juruá (DSEI ARJ).

Os fatos relacionados à presente Ação Civil Pública estão relacionados à execução de atividades por parte do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, além do DSEI Manaus, na administração da Casai Manaus, e do Estado do Amazonas.

Outro ponto que merece destaque é a classificação dos *madiha* como “povo de recente contato” pela Funai, que, na definição da autarquia, são os “povos ou grupos indígenas que mantêm relações de contato permanente e/ou intermitente com segmentos da sociedade nacional e que, independentemente do tempo de contato, apresentam singularidades em sua relação com a sociedade nacional e seletividade (autonomia) na incorporação de bens e

serviços”². Nesse sentido, são “grupos que mantêm fortalecidas suas formas de organização social e suas dinâmicas coletivas próprias, e que definem sua relação com o Estado e a sociedade nacional com alto grau de autonomia”³.

O povo kulina vive em situação de grave vulnerabilidade social desde o início da década de 2010, com situações frequentes de privação de direitos e violências, especialmente nos centros urbanos. Tais situações são marcadas por furtos, roubos, retenção de cartões bancários, inserção em redes intermináveis de dívidas, consumo problemático de bebidas alcoólicas e gasolina, insegurança alimentar, desnutrição infantil, agressões físicas, estupros, óbitos por afogamento, suicídios e homicídios. A vulnerabilidade tem afetado, também, a convivência dos indígenas entre o mesmo grupo ou família, principalmente nos contextos de alcoolização, o que gera, entre os *madiha*, a constatação recorrente de que eles estão “se acabando” (Parecer n. 452/2021-SUPA/CNP/SPPEA, doc. 14).

A situação de vulnerabilidade social é marcada pelo aumento substancial de suicídios a partir de 2010, situação que é vista pelos próprios *madiha* como um **sinal de desequilíbrio**; algo que não ocorria no passado e, de maneira inesperada, se fez presente.

Entre 2011 e 2016, foram registrados 34 casos de suicídio entre os *madiha*, ocorrências relacionadas especialmente à fatores sociais de adoecimento mental como a falta de estrutura para a permanência dos indígenas nas cidades, à sistemática vitimização deles em crimes comuns (furtos, roubos, retenção de cartões por comerciantes), racismo institucional e preconceito étnico (doc. 14, p. 10/11). Em 2023, o DSEI MRSA registrou cinco suicídios entre os kulina (Ofício n. 353/2024/GAB/DSEI - Médio Rio Solimões e Afluentes/AM, doc. 15).

A situação envolvendo a morte de Tadeo Kulina e o abandono de Ccorima Kulina sozinha na unidade hospitalar é **consequência da omissão dos entes réus na implementação de uma política de saúde adaptada aos povos de recente contato que precisam vir a Manaus fazer tratamentos que não estão disponíveis no interior.**

²

Disponível em <https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas/povos-indigenas-isolados-e-de-recente-contato-2/povos-de-recente-contato-1>, acessado em 27 de janeiro de 2025.

³ Idem

3. DO DIREITO

3.1. PRELIMINARES

3.1.1. Da competência da Justiça Federal

A competência da Justiça Federal para apreciar a presente demanda advém do artigo 109, inciso XI, da Constituição da República, uma vez que a matéria tratada no caso está relacionada aos direitos dos povos indígenas. Ademais, a competência federal está justificada também pela presença da UNIÃO no polo passivo da demanda, conforme previsão contida no artigo 109, I, da CF/88.

No que concerne à legitimidade ativa do Ministério Público Federal, são suas funções institucionais zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias para a sua garantia; promover ação civil pública para a proteção dos direitos difusos e coletivos; bem como defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas (art. 129, II, III e V, CF/88; art. 6º, VII e XI da LC 75/93).

Por fim, o MPF tem atribuição para atuar judicial e extrajudicialmente em casos envolvendo direitos de comunidades tradicionais, sendo a competência jurisdicional da justiça federal. Tal atribuição se funda no artigo 6º, inciso VII, alínea “c”, e artigo 5º, inciso III, alínea “c”, da Lei Complementar nº 75/93, no fato de que a tutela de tais interesses corresponde à proteção e promoção do patrimônio cultural nacional (artigos 215 e 216 da Constituição); envolve políticas públicas federais, bem como o cumprimento dos tratados internacionais de direitos humanos, notadamente da Convenção nº 169 da OIT (Enunciado 19 da 6ª CCR/MPF).

3.1.2. Da ausência de prescrição

Embora a Lei 7.347/1985 não preveja prazo prescricional, o prazo para o ajuizamento da ação civil pública é de 5 anos, aplicando-se, por analogia, o art. 21 da Lei nº 4.717/65.

Ademais, as ações contra o Poder Público devem ser propostas também dentro do

prazo de 5 anos, nos termos do art. 1º do Decreto 20.910/1932.

Assim, considerando que os fatos praticados datam do **período entre 01/02/2024 e 13/02/2024** e que a União permanece em omissão deste então quanto à contratação de intérpretes, ocasionando uma conduta omissiva continuada impedindo inclusive a contagem do início do prazo, não há que se falar em prescrição.

3.1.3 Dever de seguir os tratados e jurisprudência internacional. Resolução CNJ 364 E REC 123

A República Federativa do Brasil adota como princípios fundamentais a dignidade da pessoa humana e a prevalência dos direitos humanos nas relações internacionais (art. 1º , inciso III, c/c. arts. 3º e 4º , inciso II, da CRFB).

A CF/88 estabelece em seu §2º do art. 5º que os “direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos reiterou em sua jurisprudência, inclusive nos casos em que o Estado Brasileiro foi condenado diretamente, o dever de controlar a convencionalidade pelo Poder Judiciário, no sentido de que cabe aos juízes e juízas aplicar a norma mais benéfica à promoção dos direitos humanos no equilíbrio normativo impactado pela internacionalização cada vez mais crescente e a necessidade de se estabelecer um diálogo entre os juízes.

Nesse sentido, a Recomendação 123 de 2022 do CNJ recomenda aos juízes que observem os tratados e convenções internacionais de direitos humanos em vigor no Brasil e utilizem a jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), bem como realizem o controle de convencionalidade das leis internas.

Os tratados de direitos humanos possuem força vinculante e autoexecutória, não havendo a possibilidade de normas internas justificarem o inadimplemento de compromissos internacionais, conforme disposições dos arts. 26 e 27 da Convenção de Viena sobre o Direito dos Tratados. Portanto, é essencial que seja observada a já robusta jurisprudência no âmbito da CORTE IDH na proteção dos direitos indígenas violados e na responsabilidade do Estado pelas

violências policiais.

3.1.3 Da legitimidade passiva

Na forma do art. 196 da Constituição Federal, a “saúde é dever de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, compete não apenas à União, mas a todos os entes federativos a execução da atividade de saúde, na forma dos artigos 25, §1º, e 24, XIV, da CF.

Ao criar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que integra o Sistema Único de Saúde, marcado pela abordagem diferenciada para garantia de proteção aos indígenas, é financiado por recursos da União (artigo 19-A e seguintes). Com efeito, a gestão da União sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve ser articulado com o amplo acesso das populações indígenas ao SUS, "em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde" (art. 19-F, §3º, Lei n. 8.080/90).

Segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, "é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde", de forma que "as Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS" (anexo XIV, Portaria de Consolidação n. 2/2017). Em acréscimo, prevê, ainda, que "as características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo" (anexo XIV, Portaria de Consolidação n. 2/2017).

Assim, não apenas a União, ainda que responsável final no subsistema de saúde indígena, está submetida aos princípios e regras relativas à atenção à saúde dos povos indígenas, que abrangem, também, a atuação dos gestores estaduais e municipais de saúde.

Os fatos que dão causa à presente ação civil pública ocorreram em estabelecimento de saúde gerido pelo Estado do Amazonas, que, independentemente dos serviços prestados pela SESAI, também está submetido aos princípios previstos na legislação e regulamentação específica, que fundamentam os pedidos ao final.

Nesse sentido, verifica-se no arcabouço fático, violação de direitos tomada concomitantemente pelo Estado do Amazonas e pela União na condução da política de saúde indígena voltada para os indígenas de recente contato.

3.2. DO MÉRITO

3.2.1. Da estrutura do Subsistema de Saúde Indígena.

Importante, preliminarmente, contextualizar brevemente o modelo de prestação da saúde indígena, de forma a tornar mais claro os direitos discutidos na presente ação civil pública e os pedidos feitos ao final.

A saúde é, na forma do art. 196 da Constituição Federal, direito subjetivo público de cada cidadão, e conseqüentemente, de toda a coletividade. Dessa forma, também o é dos indígenas, para os quais se faz necessário um modelo adequado à diversidade da especificidade, tradição e valores culturais que lhe são peculiares, na forma prevista no art. 231 da CF. Esses elementos são acrescidos à necessária adequação aos locais em que vivem as comunidades indígenas, normalmente longe de centros urbanos e de seus equipamentos de serviços públicos.

A lei nº 8.080/90, ao materializar o direito constitucional à saúde e especial proteção aos indígenas, criou um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que integra o Sistema Único de Saúde, mas que contém particularidades (v.g. "abordagem diferenciada") e é financiado com recursos da União (arts. 19-A e seguintes).

No âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena

(SESAI) é responsável por coordenar a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)** e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Conforme o art. 2º a Portaria n. 1.801/2015⁴, o SASISUS é composto pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, polos-base, unidades básicas de saúde indígena (UBSIs) e Casas de Saúde Indígena (Casais).

Os DSEIs se baseiam em modelo de gestão descentralizada, atuando na execução de programas de atenção básica em saúde (acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, de pacientes crônicos, gestantes e tratamentos de longa duração, vacinação, atendimento de doenças mais frequentes, primeiros socorros, etc) e implementação de saneamento nas aldeias. Para estas atividades, os DSEIs contam com uma estrutura de atendimento composta por postos de saúde (Unidades Básicas de Saúde Indígena) e Polos-base, que prestam apoio às equipes multidisciplinares de saúde indígena, responsáveis pelos atendimentos nas aldeias e vinculadas a um polo-base.

Demandas que não se encaixam nas atribuições dos DSEIs e que superam as capacidades resolutivas dos polos-base são referenciadas à rede comum de atendimento (SUS), seja no município sede do polo-base, seja em município próximo, em hospitais de pequeno, médio ou grande porte. Quando necessária a transferência de pacientes da aldeia para o município, as Casas de Saúde do Índio (Casai) são os locais de recepção e apoio desses indivíduos. Conforme o art. 6º da Portaria n. 1.801/2015, os serviços das Casais **também se destinam aos acompanhantes.**

3.2.2. Direitos garantidos aos indígenas de recente contato durante tratamentos de saúde.

Conforme o art. 5º da **Portaria Conjunta n. 4.094/2018 do MS e da FUNAI**, a atenção à saúde dos povos indígenas e de recente contato deverá ser adequada às peculiaridades socioculturais e à vulnerabilidade epidemiológica dessas populações e basear-se na adoção de normas técnicas e protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos

⁴ Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1801_09_11_2015.html, acessado em 28 de janeiro de 2025.

esquemas de tratamento.

Partindo desse pressuposto, são previstas diversas garantias aos povos indígenas isolados ou de recente contato para a execução dos serviços de saúde: **(i)** acompanhamento de intérpretes e outros profissionais (art. 17); **(ii)** deslocamento, permanência e tratamento em agilidade compatível com a condição sociocultural e estado de saúde (art. 18); **(iii)** condições adequadas de alimentação e alojamento, com a presença de intérprete e/ou acompanhante (art. 18, §1º); **(iv)** eventuais recusas de transferência devem ser mediadas pela Funai, por meio de um processo de consulta (art. 18, §2º), condição que corrobora o consentimento informado do paciente.

Art. 17. As ações de saúde direcionadas aos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato deverão **ser acompanhadas por intérpretes e outros profissionais** quando for o caso no interior de terras indígenas, **nas Casas de Saúde Indígena e nas unidades de referência do Sistema Único de Saúde.**

§ 1º. A previsão contida no caput deverá ser adotada obrigatoriamente exceto nos casos de comprovada impossibilidade pela ausência de falantes da mesma língua indígena ou línguas próximas que permitam a comunicação.

§ 2º. A SESAI disponibilizará colaborador que realize ações de intérprete para realizar o acompanhamento das ações de saúde.

§ 3º. A FUNAI poderá, em situações específicas, disponibilizar intérpretes para apoiar subsidiariamente o atendimento e as ações de saúde direcionadas aos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato.

Art. 18. Nas situações de remoção de integrantes dos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato para a Casa de Saúde Indígena ou unidades de referência do Sistema Único de Saúde, o deslocamento, **a permanência e o tratamento deverão ser realizados com a agilidade compatível com a sua condição sociocultural e estado de saúde.**

§ 1º Deverão ser garantidas condições adequadas de alimentação e alojamento, incluindo o conveniente isolamento sanitário, **bem como a presença de acompanhante e/ou intérprete.**

§ 2º A eventual recusa de remoção para tratamento de saúde expressa pelo indígena deverá ser comunicada à SESAI/MS mediante parecer técnico elaborado pela FUNAI através de um processo de consulta.

Essas previsões também alcançam os acompanhantes, especialmente quando estão em região urbana, em interpretação conjunta dos dispositivos ao art. 6º da Portaria MS n. 1.801/2015.

É evidente que foi conferida, pela regulamentação do Ministério da Saúde, maior proteção aos povos indígenas isolados e de recente contato, ante a clara vulnerabilidade social e epidemiológica que sofrem ao serem retirados de seus territórios para tratamento de saúde no ambiente hospitalar, que não lhes é habitual.

No caso dos autos, Ccorima Kulina e Tadeo Kulina não receberam a atenção culturalmente adequada a eles garantida no ordenamento jurídico.

Não houve o acompanhamento diferenciado e constante, não houve presença de intérprete (outros pacientes kulina é que serviram como mediadores culturais no hospital), a duração da estadia de Ccorima foi maior do que o necessário, já que seu marido encontrava-se desaparecido.

Além de Ccorima ter sofrido a violação dos seus direitos, especialmente dos direitos à saúde, à autodeterminação e à informação, os fatos são o desenho de um **quadro contínuo e permanente de omissão da União e do estado do Amazonas na adaptação de sua política de saúde aos indígenas de recente contato**, o que foi apurado em inquérito civil.

3.2.3. Direito à informação de saúde dos indígenas de recente contato. Contratação de intérpretes como meio necessário para o exercício do direito à informação e ao consentimento.

O direito à informação está contido no direito à liberdade de pensamento e expressão, previsto no artigo 13 da Convenção Americana de Direitos Humanos. Nesse sentido, a Corte Interamericana de Direitos Humanos tem estabelecido que, em conjunto à liberdade de pensamento, está protegido, também, o direito de buscar, receber e difundir informações de toda natureza⁵.

⁵ Corte IDH. Caso Álvarez Ramos vs Venezuela. Exceções preliminares, mérito, reparações e custas. Sentença de 30 de agosto de 2019. Série C. N. 380, parágrafo 93.

No ordenamento jurídico nacional, o direito ao acesso à informação é garantido expressamente no art. 5º, incisos XIV e XXXIII, da Constituição Federal:

art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]

XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

[...]

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

O art. 5º, XXXIII, da CF, ao tratar especificamente sobre o direito à informação, refere-se a uma dimensão coletiva e uma particular, como o direito que o usuário do serviço público de saúde tem de ser informado sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde e os tratamentos aos quais se submete.

No mesmo sentido o Código Civil traz o direito da personalidade de autodeterminação sobre o próprio corpo:

Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

O processo de consentimento pressupõe o compartilhamento efetivo de informações e a corresponsabilidade na tomada de decisão. A regulamentação do Sistema Único de Saúde possui previsão expressa ao direito à informação à saúde, conforme art. 7º da Portaria MS n. 1820/2009⁶:

Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.

Esse raciocínio é compartilhado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos,

⁶ Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html, acessado em 29 de janeiro de 2025.

que inclui a informação relacionada à saúde no direito de buscar, receber e difundir informações de toda índole, previsto no art. 13 da Convenção Americana de Direitos Humanos. A Corte acrescenta, ainda, que o direito de as pessoas obterem informações de saúde é consubstanciado por uma **obrigação positiva estatal de fornecê-las de forma voluntária e ativa**, permitindo que os indivíduos possam compreendê-la e a valorar, sem que precise perguntá-las. Essa obrigação, chamada de “obrigação de transparência ativa”, impõe o dever ao Estado de fornecer a informação necessária para que os indivíduos possam exercer outros direitos que dizem respeito a sua própria saúde, podendo tomar decisões livres, bem informadas e de forma plena⁷.

Assim, não basta que a informação seja transmitida ao paciente, este deve compreendê-la, podendo firmar, a partir dela, uma decisão consciente sobre a sua própria saúde e sobre quais tratamentos será submetido, conforme previsto, também, no art. 7º, §4º, da Portaria MS n. 1820/2009.

No que diz respeito aos povos indígenas de recente contato, há obrigação prevista no art. 17, caput e §2º, Portaria Conjunta n. 4.094/2018⁸, no sentido de que “as ações direcionadas aos Povos Indígenas Isolados e de Recente Contato deverão ser acompanhadas por intérpretes e outros profissionais quando for o caso no interior de terras indígenas, nas Casas de Saúde Indígena e nas unidades de referência do Sistema Único de Saúde”, com a disponibilização, pela Sesai, de colaborador que realizará as ações de intérprete.

Ccorima Kulina, **por todo o período em que esteve internada** no Hospital de Envira e na Maternidade Ana Braga, **bem como durante a transferência** de Envira/AM para Manaus/AM, **não foi auxiliada por intérprete ou por profissional que facilitaria o acesso às suas informações de saúde**. Este fato foi constatado, inclusive, pela equipe de saúde da Maternidade Ana Braga (doc. 1). Dessa forma, há evidente violação ao direito à informação.

A transferência de Ccorima Kulina se deu desacompanhada de intérprete ou profissional que falasse minimamente tanto português quanto o kulina. Ccorima, em depoimento (doc. 16), afirma **que não entendia bem porque seria transferida para Manaus e que, na UTI**

⁷ Corte IDH. **Caso I.V. vs Bolívia**. Exceções preliminares, mérito, reparações e custas. Sentença de 30 de novembro de 2016. Série C. N. 329. Parágrafo 156.

⁸ Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/poc4094_28_12_2018.html, acessado em 29 de janeiro de 2025.

aérea, apenas ela e Tadeo falavam kulina.

Neste aspecto, não houve auxílio do DSEI Médio Rio Solimões, que originalmente atendeu a paciente, ou do DSEI Manaus, responsável pela Casa de Saúde Indígena de Manaus, que faz o acompanhamento dos pacientes indígenas hospitalizados. Não há nos quadros profissionais tanto dos DSEIs quanto da Maternidade Ana Braga intérprete kulina (ou de qualquer outra língua indígena) contratado.

Em verdade, hoje não há qualquer pessoa contratada pela CASAI em Manaus ou pelo estado do Amazonas que realize a atividade de mediador cultural ou intérprete, de modo que qualquer indígena de recente contato que esteja em tratamento nos hospitais estaduais contam apenas com o auxílio pontual de pessoas da CASAI que não necessariamente falam sua língua e desse modo são privados do direito à informação, ao consentimento e conseqüentemente ao acesso à saúde em uma ótica integral, que vai além da mera imposição de tratamentos pela equipe médica.

3.3.DA RESPONSABILIDADE CIVIL

O artigo 37 da Constituição Federal determina a responsabilidade objetiva do Estado nos seguintes termos:

Art. 37 (...)§ 6º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

A responsabilidade civil do Estado é aplicada objetivamente nos casos em que a ação ou omissão estatal for a causa geradora do dano, bastando a comprovação da conduta (comissiva ou omissiva), do nexo causal e do dano propriamente dito. Trata-se de aplicação da Teoria do Risco Administrativo, pela qual o ente estatal é responsável independentemente da comprovação de culpa.

O STF recentemente consolidou a sua jurisprudência nos sentido de que a responsabilidade dos entes estatais é objetiva tanto nos casos de comissão quanto de omissão, desde que haja um dever específico estatal (Tema 592 de Repercussão Geral):

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. REPERCUSSÃO GERAL. RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO POR MORTE DE DETENTO. ARTIGOS 5º, XLIX, E 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. 1. A responsabilidade civil estatal, segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 37, § 6º, subsume-se à teoria do risco administrativo, tanto para as condutas estatais comissivas quanto para as omissivas, posto rejeitada a teoria do risco integral. 2. A omissão do Estado reclama nexos de causalidade em relação ao dano sofrido pela vítima nos casos em que o Poder Público ostenta o dever legal e a efetiva possibilidade de agir para impedir o resultado danoso. (RE 841526, Relator(a): LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 30-03-2016, ACÓRDÃO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-159 DIVULG 29-07-2016 PUBLIC 01-08-2016)

A possibilidade de indenização por danos morais tem respaldo constitucional (art. 5º, inciso V), sendo cabível para danos individuais ou transindividuais, conforme o *caput* do art. 1º da Lei nº 7.347/1985 e o art. 6º, inciso VI, do Código de Defesa do Consumidor, dois dos diplomas legais que integram o microsistema de tutela coletiva.

3.3.1 Dano moral coletivo. omissão estatal na efetivação dos direitos das populações indígenas de recente contato no atendimento de saúde. Proibição da proteção insuficiente.

Na jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, o dano moral coletivo “*é categoria autônoma de dano que não se identifica com os tradicionais atributos da pessoa humana (dor, sofrimento ou abalo psíquico), mas com a violação injusta e intolerável de valores fundamentais titularizados pela coletividade (grupos, classes ou categorias de pessoas)*” (REsp n. 1502967/RS, 3ª Turma, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 07/08/2018).

No caso dos autos, os elementos probatórios que acompanham a presente inicial apontam a **inexistência de práticas, por parte do DSEI Manaus, do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes e do serviço de saúde do Estado do Amazonas, que garantam os direitos à saúde, à autodeterminação e à informação da população indígena de recente contato, em especial da população kulina.**

Nesse sentido, a ausência de intérpretes kulina tanto nos quadros do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes, do DSEI Manaus e na saúde do Estado do Amazonas causam graves prejuízos à prestação do serviço de saúde, que, em situação extrema, resultou na morte de Tadeo

Kulina.

A insensibilidade e despreparo da União, através da CASAI Manaus, de lidar com indígenas de recente contato é tamanha que a CASAI chegou a insinuar que o Sr. Tadeo Kulina não tinha condições de ser acompanhante de sua esposa por problemas psicóticos (doc.5), o que foi desmentido pelo DSEI-MRSA em reunião com MPF, uma vez que nunca houve qualquer registro de que o Sr. Tadeo possuísse doenças mentais (doc. 7).

A ausência de fluxos e procedimentos específicos de interlocução da União e do estado do Amazonas, a fim de garantir o acompanhamento contínuo, adaptado, com intérpretes e a maior celeridade possível, nos termos da Portaria 4094, causa danos morais coletivos a todos os indígenas de recente contato que precisem de atendimento pela rede estadual em Manaus.

O direito à saúde, enquanto direito fundamental de prestação positiva pelos entes, se diferencia dos chamados direitos de primeira geração, porque necessita de uma intervenção ativa do Estado com o objetivo de concretizá-los. O princípio da proporcionalidade deve ser aplicado como instrumento para concretização dessas normas de direitos fundamentais, em suas duas vertentes: vedação do excesso e proibição da proteção insuficiente.

Nesta segunda vertente, há um imperativo de tutela estatal de um direito fundamental, cuja efetivação depende da suficiência dos meios a serem empregados para essa proteção, sendo vedada a proteção deficiente.

No caso dos autos, resta evidenciado que o direito à saúde dos indígenas de recente contato somente é efetivado pelos entes quando existe uma atuação positiva para adaptar o atendimento e acompanhamento às suas necessidades específicas. A ausência desse fluxo e acompanhamento adaptado gera uma proteção insuficiente do direito à saúde desses povos e configura evidente omissão estatal na concretização do direito.

3.3.2. Danos morais individuais. Morte de Tadeo. Violação de direitos de Ccorima.

Fica evidente que o “surto” que Tadeo sofreu foi algo pontual advindo da situação estressante que viveu e da falta de entendimento do que se passava ao seu redor, o que seria mitigado com o acompanhamento por um intérprete que conseguisse traduzir, dentro da cultura madija, aquilo que estava ocorrendo. Segundo o próprio DSEI, Tadeo não possuía problemas

mentais, e portanto seu estado alterado ocorreu como algo pontual da situação que viveu.

Conforme demonstram os documentos anexos, especialmente os depoimentos em sede de inquérito policial e o relatório de acompanhamento da CASAI, Tadeo estava com comportamento que não lhe eram usuais, estava assustado, em um ambiente completamente estranho, sem conseguir se comunicar adequadamente. Quando saiu do hospital, vagou pelas ruas de Manaus sem ser compreendido, sem qualquer acompanhamento, o que gerou uma situação de vulnerabilidade ainda maior.

A CASAI não tomou qualquer providência para garantir um acompanhamento mais próximo, mesmo sabendo da perturbação psicológica de Tadeo, pelo contrário, a visita feita pela enfermeira da CASAI durou apenas 1h40 min, tempo que foi dividido entre falar com Tadeo, verificar Ccorima e o recém-nascido.

Ressalte-se que é atribuição da União, através da CASAI realizar o acompanhamento humanizado dos pacientes e seus acompanhantes, nos termos do Regimento Interno da SESAI (PORTARIA Nº 1.419, DE 8 DE JUNHO DE 2017 do Ministério da Saúde):

Art. 24. Às Casas de Saúde Indígena compete:

I - promover o acolhimento do paciente e seus acompanhantes, e fomentar a humanização do cuidado à saúde;

V - apoiar o DSEI na articulação da rede de referência de ações de Assistência Social, bem como **acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações;**

Além disso, após o acompanhante ter saído da maternidade, **o estabelecimento de saúde estadual** apenas contactou a CASAI **no dia seguinte**, o que também demonstra que não houve um olhar diferenciado para o fato de que aquele acompanhante não costuma estar na cidade, não fala a língua e poderia estar em situação de grave vulnerabilidade após tantas horas desaparecido.

Todos esses fatos demonstram a omissão da União e do estado do Amazonas no oferecimento de um acompanhamento adaptado constante, nos termos da Portaria 4094, com intérprete capaz de informar corretamente, passando segurança a Tadeo. Essa omissão gerou uma

situação de estresse e desamparo para Tadeo, vendo-se em um ambiente hostil, e o levou a evadir-se o hospital, aumentando ainda mais sua vulnerabilidade.

Há evidente nexos causal entre as omissões dos réus e o resultado morte do indígena.

Em relação à Ccorima, a ausência de intérprete, de adaptação cultural, de acompanhamento constante (a indígena ficou ao menos seis dias sem visita da CASAI), consistiram em violação dos direitos à liberdade de informação, à integridade física e à autodeterminação individual e à saúde em uma ótica integral, não paternalista e de autonomia. Essas violações são ainda mais graves quando consideradas a extrema vulnerabilidade social sofrida pelos indígenas kulina.

Tais fatos qualificam graves violações aos direitos desses indígenas, na qualidade de indígenas de recente contato.

3.4 TUTELA DE URGÊNCIA

Os artigos 12 da Lei n. 7.347/85 e 300 do Código de Processo Civil estabelecem que será possível conceder tutela de urgência, inclusive em caráter liminar, desde que constatada a presença de dois pressupostos: probabilidade do direito e perigo de dano.

Os elementos que evidenciam a **probabilidade do direito já foram apresentados nos tópicos do mérito da demanda, aos quais se faz remissão. Ademais, o perigo de dano** está comprovado porque a ausência de intérprete kulina no acompanhamento dessa etnia dos indígenas que estão internados em Manaus gerará cada vez mais situações de violação de direitos. A cosmovisão dos madiha está muito relacionada com o ambiente em que vivem, conforme demonstra o parecer antropológico em anexo a esta petição, e a ausência de acolhimento adaptado nos hospitais gera danos profundos nesses indivíduos.

Essa etnia já está em situação de vulnerabilidade em seus territórios, conforme demonstrado no tópico 2.3, e **ao serem retirados de suas aldeias para tratamento de saúde adentram em um ambiente completamente desconhecido por eles e sem qualquer adaptação às suas especificidades.**

A ausência de profissional capaz de informar e trazer segurança a esses pacientes os deixa completamente à mercê das decisões unilaterais das equipes de saúde, sem que sejam

informados ou possam exercer o consentimento quanto aos procedimentos que serão realizados, bem como retira completamente a agência e autonomia desses indivíduos. A situação é de desamparo e abandono completo.

Assim, é urgente que a União contrate de imediato intérpretes kulina pela União para serviço na Casa de Saúde do Índio em Manaus, em quantidade suficiente para o atendimento da população dessa etnia que está em tratamento na capital.

4. PEDIDOS

Ante o exposto, o Ministério Público Federal requer:

a) o recebimento da ação, por estarem presentes todas as condições da ação conforme art. 17 do CPC.

b) a citação das rés para que, querendo, contestem a ação, nos termos do art. 335 do CPC.

c) a **inversão do ônus da prova**, nos termos do art.373, §1º do CPC, quanto aos danos morais coletivos, para que os réus demonstrem:

i) o cumprimento da PORTARIA CONJUNTA Nº 4.094, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2018 para todos os indígenas de recente contato atendidos na rede estadual em Manaus.

ii) fluxo e procedimento adaptado de atendimento e acompanhamento de indígenas de recente contato na rede estadual em Manaus, nos termos da Portaria 4094;

iii) contratação de intérprete que acompanhe diariamente e de modo constante os indígenas de recente contato que estejam em tratamento na rede estadual em Manaus.

d) a concessão de tutela de urgência, nos termos do art. 300 do CPC e do art. 12 da LACP, para determinar a imediata a contratação de intérpretes kulina pela União para serviço na Casa de Saúde do Índio em Manaus, em quantidade suficiente para o atendimento da população dessa etnia que está em tratamento na capital.

e) regular instrução do processo e posterior julgamento com resolução do mérito pela PROCEDÊNCIA para determinar:

e.1) a definição de fluxo conjunto, entre os órgãos da União e do Estado do Amazonas, para atendimento e acompanhamento adaptado para os indígenas de recente contato na rede estadual de Manaus, na forma estabelecida na Portaria Conjunta n. 4.094/2018;

e.2) a contratação de intérpretes kulina pela União para serviço na Casa de Saúde do Índio em Manaus, em quantidade suficiente para o atendimento da população dessa etnia que está em tratamento na capital.

e.3) o pagamento de modo solidário, de indenização por dano moral coletivo no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) pela omissão dos órgãos na implementação de um atendimento e acompanhamento adaptado aos indígenas de recente contato na rede estadual em Manaus.

e.4) o pagamento, de modo solidário, de indenização por dano moral individual à Sra. Ccorima Kulina, pela violação dos seus direitos no valor de R\$ 100.000,00.

e.5) o pagamento, de modo solidário, de indenização por dano moral individual à Sra. Ccorima Kulina, pela morte do seu marido Tadeo Kulina de R\$ 200.000,00.

f) A intimação da Organização dos Povos Indígenas do Rio Juruá e a APIAM, enquanto representações indígenas kulina no Amazonas, nos termos da Res. 454/2022 do CNJ, para, querendo, integrar o feito.

Requer ainda a produção de todas as provas em direito admitidas. Dá-se à causa valor de R\$ 1.300.000,00 (um milhão e trezentos mil reais).

Manaus, data de assinatura eletrônica.

JANAINA GOMES CASTRO E MASCARENHAS
PROCURADORA DA REPÚBLICA