ATO Nº 082/2026
DE 07 DE MAIO DE 2026

Texto consolidado com as alterações do Ato nº 296/2026

Regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar dos membros do Ministério Público de Sergipe (MPSE), na modalidade de auxílio-saúde mediante reembolso de caráter indenizatório, em cumprimento à Resolução Conjunta CNJ/CNMP nº 14/2026 e à decisão do Plenário do Supremo Tribunal Federal de 25 de março de 2026 (Temas 966 e 976 da Repercussão Geral).

O **PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA**, no uso de suas atribuições legais, notadamente as previstas no art. 35, I, "e", da Lei Complementar Estadual nº 02, de 12 de novembro de 1990, e

Considerando o disposto no art. 127, § 2º, da Constituição Federal de 1988, que assegura ao Ministério Público autonomia administrativa e financeira, bem como o art. 129, § 4º, da mesma Carta Magna, que estabelece a simetria constitucional entre o Ministério Público e a Magistratura, comunicando-se as garantias, prerrogativas e vedações entre as duas carreiras;

Considerando o art. 227, inciso VII, e § 6º, da Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993 (Estatuto do Ministério Público da União), que prevê a assistência médico-hospitalar aos membros do Ministério Público da União, extensiva aos inativos, pensionistas e dependentes, aplicável subsidiariamente ao Ministério Público dos Estados por força do art. 80 da Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público), constituindo-se, assim, fundamento legal federal que ampara a concessão do auxílio-saúde no âmbito deste Ministério Público estadual;

Considerando o art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, aplicável por via hermenêutica subsidiária, que prevê a assistência à saúde do servidor público federal na forma de ressarcimento parcial das despesas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, condicionado à comprovação do valor efetivamente despendido pelo beneficiário;

Considerando o art. 37, inciso XI, e § 11, da Constituição Federal, com a redação conferida pela Emenda Constitucional nº 135/2024, que admite parcelas de natureza indenizatória fora do cômputo do teto remuneratório, desde que efetivamente comprovado o nexo causal entre o desembolso e o exercício do cargo, requisito indispensável para a validade jurídica do benefício;

Considerando a decisão do Plenário do Supremo Tribunal Federal, na sessão de 25 de março de 2026, no julgamento conjunto da Rcl 88.319; ADI 6.606; ADI 6.601; ADI 6.604; RE 968.646 e RE 1.059.466, que reafirmou o caráter indenizatório das parcelas assistenciais e determinou a padronização nacional das parcelas indenizatórias mensais e auxílios no âmbito da Magistratura e do Ministério Público, condicionando a sua validade constitucional à comprovação do efetivo desembolso pelo beneficiário;

Considerando a Resolução Conjunta CNJ/CNMP nº 14, de 7 de abril de 2026, editada em cumprimento à referida decisão do Supremo Tribunal Federal, que prevê, expressamente em seu art. 5º, alínea 'd', a concessão do auxílio-saúde aos magistrados e aos membros do Ministério Público "mediante comprovação do valor efetivamente pago, nos limites da Resolução CNMP nº 268/2023", determinando a adequação de todos os órgãos do Ministério Público brasileiro, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

Considerando a Resolução CNMP nº 223, de 16 de dezembro de 2020, que regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para membros e servidores do Ministério Público brasileiro, estabelecendo as modalidades admissíveis de prestação, os limites de reembolso, o rol de beneficiários e as diretrizes estruturantes do programa, com caráter normativo vinculante;

Considerando a Resolução CNMP nº 268, de 8 de agosto de 2023, que alterou a Resolução CNMP nº 223/2020 para: (a) ampliar o teto do reembolso para até 15% do subsídio do respectivo membro ou do cargo inicial da carreira de membro, no caso dos servidores; (b) autorizar expressamente o reembolso de despesas com assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica contratadas diretamente com os profissionais e unidades de saúde, independentemente de plano de saúde; e (c) permitir o ressarcimento de coparticipações;

Considerando a Resolução nº 002, de 20 de fevereiro de 2008, do Conselho da Justiça Federal (e suas alterações posteriores, especialmente as introduzidas pelas Resoluções nº 844/2023 e nº 927/2024), que, no âmbito da Justiça Federal, regulamentou o auxílio-saúde como verba de caráter indenizatório, mediante ressarcimento parcial das despesas com planos privados de saúde e, a partir de 2024, também com medicamentos e serviços laboratoriais e hospitalares não cobertos pelo respectivo plano, constituindo-se, dada a simetria constitucional entre Ministério Público e Magistratura, em relevante referência normativa para este Ministério Público estadual;

Considerando a Lei Estadual nº 7.375, de 29 de dezembro de 2011, com a redação conferida pela Lei Estadual nº 9.797, de 10 de dezembro de 2025, que constitui a base legal estadual do auxílio-saúde do Ministério Público de Sergipe, estabelecendo o escalonamento por faixa etária, os percentuais aplicáveis aos membros e os valores concedidos aos servidores, com efeitos financeiros a partir de 1º de janeiro de 2026;

Considerando que a atual Resolução nº 001/2012 – CPJ, com a redação consolidada pela Resolução nº 007/2024 – CPJ, adota o modelo de pagamento de valor fixo por faixas etárias, bastando a comprovação do efetivo desembolso pelo beneficiário com as despesas do plano de saúde, modelo que, à luz das multicitadas decisões do Supremo Tribunal Federal e da expressa determinação contida no art. 5º, alínea 'd', da Resolução Conjunta CNJ/CNMP nº 14/2026, não mais se compatibiliza com a ordem jurídica vigente, a partir de 7 de maio de 2026;

Considerando a necessidade de assegurar a continuidade do pagamento do auxílio-saúde aos membros do Ministério Público de Sergipe, no prazo limite imposto pela Resolução Conjunta nº 14/2026;

Considerando a Portaria nº 35/2026 GP1 – Normativa, da Presidência do Tribunal de Justiça de Sergipe (TJSE), que regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar dos magistrados do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe, na modalidade de auxílio-saúde mediante reembolso de caráter indenizatório, em cumprimento à Resolução Conjunta CNJ/CNMP nº 14/2026 e à decisão do Plenário do Supremo Tribunal Federal de 25 de março de 2026 (Temas 966 e 976 da Repercussão Geral);

Considerando o vetor normativo da simetria constitucional entre as carreiras do Ministério Público e da Magistratura, estruturadas com um eminente nexo nacional, como consectário das normas constitucionais que regem e organizam essas instituições, tendo sido reconhecida pelo Supremo Tribunal Federal, em diversos julgados, e pelos Conselhos Nacionais de Justiça (CNJ) e do Ministério Público (CNMP),

R E S O L V E:

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Ministério Público de Sergipe (MPSE), o Programa de Assistência à Saúde Suplementar dos membros, na modalidade de auxílio-saúde mediante reembolso de caráter indenizatório, nos termos da Resolução Conjunta CNJ/CNMP nº 14/2026.

Art. 2º Para os fins deste Ato, considera-se:

I — **assistência à saúde suplementar**: assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica prestada na modalidade de auxílio-saúde, mediante reembolso total ou parcial do valor despendido pelo membro com planos ou seguros privados de assistência à saúde ou odontológicos, bem como o ressarcimento de despesas contratadas diretamente com profissionais e unidades de saúde, incluindo a aquisição de produtos de uso terapêutico e de medicamentos;

II — **beneficiário titular**: membros ativos e inativos do Ministério Público de Sergipe (MPSE); e

III — **beneficiário dependente**: as pessoas consideradas dependentes do beneficiário titular, nos termos do § 1º do art. 5º deste Ato.

Art. 3º O auxílio-saúde de que trata este Ato possui natureza indenizatória, sendo concedido por meio de ressarcimento, e não poderá exceder o valor efetivamente despendido pelo membro.

§ 1º Em razão de sua natureza indenizatória, o auxílio-saúde:

I – não se incorpora ao subsídio, proventos ou vantagens para quaisquer efeitos;

II – não será considerado para fins de incidência do teto remuneratório constitucional;

III – não integra a base de cálculo para incidência de contribuição previdenciária;

IV – não é considerado rendimento tributável;

V – não será objeto de descontos não previstos em lei; e

VI – não é acumulável com outros benefícios de igual espécie ou semelhante finalidade.

§ 2º O auxílio-saúde produz efeitos financeiros a partir da competência de maio de 2026, em substituição ao modelo de pagamento por valor fixo até então vigente.

Art. 4º Não fará jus ao auxílio-saúde o membro que já perceba benefício análogo ou que esteja vinculado a outro programa de assistência à saúde mantido, total ou parcialmente, por recursos públicos, seja na condição de titular, seja como dependente.

CAPÍTULO II
DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

Art. 5º São beneficiários do auxílio-saúde os membros em atividade e aposentados e os respectivos dependentes.

§ 1º Consideram-se dependentes, para os fins deste Ato, aqueles devidamente cadastrados nos assentamentos funcionais do membro perante o MPSE:

I – as pessoas que figurem como dependentes em plano ou seguro de saúde contratado pelo membro;

II – os dependentes previdenciários qualificados no art. 12 da Lei Complementar Estadual nº 113, de 1º de novembro de 2005, com suas atualizações; e

III – o ex-cônjuge ou ex-companheiro que perceba pensão alimentícia fixada judicialmente ou por acordo homologado em juízo, devida pelo beneficiário titular.

§ 2º Os critérios de elegibilidade de que trata o § 1º deste artigo aplicam-se de modo uniforme a todos os membros beneficiários, independentemente da modalidade do plano de saúde contratado.

Art. 6º Para fins de pagamento do auxílio-saúde, é vedada:

I – a inclusão de beneficiários titulares como dependentes entre si;

II – a vinculação de dependente a mais de um beneficiário titular; e

III — a inclusão, como dependente, de pessoa que não possua com o beneficiário titular vínculo de parentesco, conjugalidade ou união estável, ainda que figure como beneficiária de plano ou seguro de saúde contratado pelo membro.

CAPÍTULO III
DOS LIMITES DO RESSARCIMENTO

Art. 7º O auxílio-saúde será concedido no limite de até 15% (quinze por cento) do subsídio do respectivo membro, incluídas as despesas realizadas com os eventuais dependentes.

§ 1º O valor do reembolso será proporcional aos dias de exercício, nas hipóteses de entrada em exercício, exoneração ou aposentadoria no curso do mês.

§ 2º O contrato do plano ou seguro privado de assistência à saúde deverá evidenciar a composição da parcela mensal, de modo a identificar o valor atribuído individualmente ao beneficiário titular e a cada um de seus dependentes, excluídos os valores despendidos com taxa de adesão, benefícios extras, serviços opcionais ou a qualquer outro título.

§ 3º Somente fará jus ao ressarcimento de valores relativos a dependentes o beneficiário titular que não utilizar, para si, a totalidade do valor a que tem direito; em tal hipótese, o reembolso relativo ao dependente dar-se-á no valor da diferença apurada, sem ultrapassar o teto fixado no *caput*.

CAPÍTULO IV
DAS DESPESAS ELEGÍVEIS

Art. 8º Serão consideradas elegíveis para fins de reembolso, mediante comprovação por documentação hábil e idônea, as seguintes despesas:

I – mensalidades de plano ou seguro de saúde contratado pelo membro ou por seus dependentes, desde que a operadora possua registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

II – valores despendidos a título de coparticipação em plano ou seguro de saúde;

III – consultas e atendimentos médicos em qualquer especialidade;

IV – procedimentos e sessões de odontologia;

V – sessões de psicologia e psicoterapia;

VI – sessões de fisioterapia, de fonoaudiologia e de terapia ocupacional, mediante prévia prescrição médica que ateste a indicação terapêutica;

VII – atendimentos de nutrição clínica, mediante prévia prescrição médica;

VIII – sessões de psicopedagogia clínica, mediante prévia prescrição médica que ateste a finalidade terapêutica;

IX – procedimentos realizados por biomédicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde legalmente habilitados e registrados no respectivo Conselho de Classe, mediante prévia prescrição médica que ateste a indicação terapêutica;

X – exames laboratoriais, de imagem e demais procedimentos de natureza diagnóstica;

XI – internações hospitalares e procedimentos cirúrgicos;

XII – medicamentos prescritos por profissional de saúde habilitado, acompanhados de nota fiscal em nome do beneficiário ou do dependente e da respectiva prescrição, desde que o fármaco possua registro vigente na ANVISA e tenha sido adquirido em território nacional, observado o disposto no art. 12 quanto aos medicamentos isentos de prescrição;

XIII – produtos de uso terapêutico — próteses, órteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, aparelhos de nebulização, aparelhos de CPAP, aparelhos de aferição de pressão arterial e de glicemia, e material descartável vinculado a tratamentos continuados —, mediante prescrição profissional e nota fiscal em nome do membro ou do dependente; e

~~XIV — óculos corretivos e lentes de contato corretivas, mediante prescrição médica ou de profissional de saúde habilitado e nota fiscal em nome do membro ou do dependente, limitado o ressarcimento a 2 (dois) pares por beneficiário por ano.~~

XIV — óculos corretivos e lentes de contato corretivas, mediante prescrição médica ou de profissional de saúde habilitado e nota fiscal em nome do membro ou do dependente, observado o seguinte:

Redação dada pelo Ato nº 296/2026

a) para óculos corretivos e lentes de contato de uso prolongado ou anual, o ressarcimento fica limitado a 2 (dois) pares por beneficiário por ano;
Acrescentado pelo Ato nº 296/2026

b) para lentes de contato de descarte programado (diário, quinzenal ou mensal), o ressarcimento abrangerá o quantitativo estritamente necessário para o tratamento anual do beneficiário, condicionando-se, neste caso, à apresentação de relatório médico oftalmológico detalhado que justifique clinicamente a indicação e especifique a quantidade requerida para a continuidade do tratamento.
Acrescentado pelo Ato nº 296/2026

§ 1º Ficam excluídas do ressarcimento as despesas relativas a procedimentos de finalidade exclusivamente estética, tratamentos em spas, clínicas de emagrecimento e estabelecimentos análogos, medicamentos sem registro na ANVISA ou adquiridos fora do território nacional, procedimentos experimentais sem respaldo em evidência científica reconhecida, e itens de higiene pessoal de uso rotineiro desprovidos de correlação com tratamento específico.

§ 2º O auxílio-saúde terá por objeto unicamente o valor efetivamente suportado pelo membro e não passível de reembolso pelo plano ou seguro de saúde.

§ 3º Havendo cobertura parcial pela operadora, o MPSE ressarcirá exclusivamente a diferença comprovadamente arcada pelo beneficiário, mediante demonstração de que o reembolso foi previamente requerido junto à operadora.

CAPÍTULO V
DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

Art. 9º No caso de serviços prestados por profissionais de saúde, seja diretamente como pessoa física, seja por intermédio de pessoa jurídica à qual estejam vinculados, o documento fiscal ou recibo deverá conter, obrigatoriamente:

I – identificação completa (nome e CPF) do membro ou do dependente atendido;

II – identificação do prestador: nome completo e CPF do profissional responsável e, quando faturado por pessoa jurídica, também a razão social e o CNPJ do estabelecimento;

III – número de inscrição do profissional no respectivo Conselho de Classe, federal ou regional;

IV – descrição do serviço prestado e data do atendimento.

Parágrafo único. Admite-se, alternativamente, Recibo de Prestação de Serviços com os mesmos requisitos, emitido por pessoa física ou jurídica em conformidade com a legislação fiscal.

Art. 10. Nas hipóteses em que o pagamento de serviço ou produto de saúde seja parcelado, o reembolso será computado no período em que cada parcela for efetivamente paga, e não no período da contratação.

§ 1º Será admitida como documentação hábil o comprovante de pagamento da parcela correspondente — boleto quitado, extrato bancário ou fatura de cartão de crédito com a parcela identificada.

§ 2º Para parcelamentos em cartão de crédito, reputa-se como data de pagamento a do vencimento da fatura em que a parcela for debitada.

CAPÍTULO VI
DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

Art. 11. O membro beneficiário deverá encaminhar à Diretoria de Recursos Humanos (DRH), através do Sistema Gerenciador Eletrônico de Expedientes, Documentos e Procedimentos (GED), até o 5º (quinto) dia útil de cada mês, requerimento, instruído com os documentos comprobatórios das despesas realizadas no mês imediatamente anterior.

§ 1º Ao protocolar o requerimento, o membro firmará declaração, sob as penas da lei, atestando a veracidade das informações e a autenticidade dos documentos, assumindo integral responsabilidade administrativa, civil e penal.

§ 2º No caso de despesas parceladas, admite-se a apresentação do comprovante de pagamento da parcela correspondente, nos termos do art. 10.

Art. 12. Para os medicamentos classificados como isentos de prescrição (MIP) pela ANVISA, dispensa-se a receita médica, sendo suficiente a nota fiscal em nome do membro ou do dependente, contendo identificação do medicamento, quantidade e valor.

§ 1º A dispensa de receita de que trata o *caput* observará o limite mensal de 5% (cinco por cento) do teto de reembolso do respectivo membro.

§ 2º Para medicamentos sujeitos a prescrição, mantém-se a exigência de receita médica ou odontológica, ressalvada, quando a tratamentos continuados, a admissibilidade de receita única renovável pelo prazo indicado pelo prescritor, dispensada a renovação a cada aquisição mensal do mesmo fármaco.

Art. 13. Os membros filiados a planos de saúde conveniados com o MPSE ou com a ASMP, cujas mensalidades sejam descontadas em folha de pagamento, ficam dispensados da apresentação de comprovantes relativos à mensalidade.

§ 1º O cômputo dos valores será efetuado diretamente pela DRH, a partir das informações de desconto em folha, com o processamento do reembolso independentemente de protocolo individual.

§ 2º Subsiste a obrigação de apresentar, no prazo do art. 11, os documentos comprobatórios das demais despesas que o membro pretenda ver ressarcidas além da mensalidade consignada (art. 8º, incisos II a XIV).

Art. 14. Os membros titulares de planos ou seguros de saúde não conveniados deverão comprovar o valor efetivamente pago a título de mensalidade uma vez por ano, até o último dia útil do mês de maio de cada exercício, mediante apresentação de boleto quitado, comprovante de débito ou documento equivalente, acompanhado de declaração da operadora ou documento contratual que ateste o valor atualizado do plano e a relação de dependentes nele inscritos.

§ 1º O membro que não apresentar a comprovação anual no prazo fixado no *caput* terá o reembolso relativo à mensalidade do plano suspenso a partir de junho do respectivo exercício, até a regularização, sem efeitos retroativos.

§ 2º Remanesce o ônus de o membro comunicar e comprovar à DRH, no prazo de 30 (trinta) dias, toda e qualquer alteração no valor da mensalidade, na composição de dependentes ou na operadora do plano contratado.

§ 3º No exercício de 2026, a comprovação de que trata o *caput* deverá ser apresentada juntamente com o primeiro requerimento mensal de ressarcimento protocolado pelo membro, nos termos do art. 11.

Art. 15. A Diretoria Financeira procederá à conferência, por amostragem, dos formulários e respectivos documentos enviados por no mínimo 20% (vinte por cento) dos membros a cada mês, podendo requisitar, a qualquer tempo, documentos complementares ou esclarecimentos ao membro beneficiário, para fins de auditoria e controle interno.

CAPÍTULO VII
DA SUSPENSÃO E DO CANCELAMENTO

Art. 16. A suspensão do pagamento do auxílio-saúde ocorrerá nas seguintes hipóteses:

I – solicitação do beneficiário titular;

II – não cumprimento das exigências de comprovação previstas neste Ato;

III – não comprovação do pagamento de plano ou seguro de assistência à saúde, nos prazos estabelecidos nos arts. 11 e 14; e

IV – descumprimento de qualquer das condições estabelecidas para manutenção do benefício.

Parágrafo único. Na hipótese de suspensão, não haverá pagamento dos valores despendidos pelo interessado a partir do mês da ocorrência até a regularização.

Art. 17. Será cancelada a inscrição para fins de recebimento do auxílio-saúde:

I – em relação ao beneficiário titular:

a) exoneração;

b) falecimento;

c) desligamento do plano ou seguro de assistência à saúde;

d) decisão judicial; e

e) a pedido.

II – em relação ao dependente:

a) cancelamento da inscrição do beneficiário titular ao qual se vincula;

b) perda da condição de dependente, seja no plano ou seguro de saúde do beneficiário titular, seja nos termos da legislação previdenciária aplicável;

c) falecimento;

d) desligamento do plano ou seguro de assistência à saúde; e

e) a pedido do beneficiário titular.

§ 1º O cancelamento enseja a perda do direito ao auxílio-saúde a partir da data do evento que o motivou.

§ 2º A exclusão do dependente dar-se-á no mês subsequente ao que deixar de atender as condições previstas neste Ato.

CAPÍTULO VIII
DAS PROVIDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

Art. 18. A DRH adotará todas as providências indispensáveis ao cumprimento deste Ato, incluindo:

I – a elaboração do formulário padronizado de requerimento e da declaração de veracidade de que trata o art. 11, § 1º;

II – a disciplina do cadastro de dependentes nos assentamentos funcionais (art. 5º, § 1º); e

III – a designação de servidores para prestar esclarecimentos aos membros sobre a nova sistemática.

Art. 19. A Diretoria de Tecnologia da Informação e Comunicação (DTIC) desenvolverá, manterá e atualizará sistema eletrônico específico para a gestão do Programa de Assistência à Saúde Suplementar, visando à automação do fluxo de reembolsos e ao controle efetivo das despesas.

§ 1º O sistema deverá disponibilizar formulário eletrônico padronizado para o peticionamento mensal, contendo campos específicos para a classificação das despesas e anexação de comprovantes digitais.

§ 2º Para fins de controle e transparência, o sistema deverá implementar mecanismos automáticos de:

I – bloqueio de requerimentos que excedam o teto individual do membro;

II – limitação automática do reembolso de medicamentos isentos de prescrição (MIP) ao percentual estabelecido no art. 12, § 1º;

III – seleção aleatória de 20% (vinte por cento) dos requerimentos mensais para fins da auditoria por amostragem prevista no art. 15; e

IV – ferramenta de exportação de dados homologados para o sistema de processamento de folha de pagamento.

§ 3º A Diretoria de Tecnologia da Informação e Comunicação (DTIC) poderá expedir manuais técnicos e instruções de uso para orientar os membros quanto à utilização da plataforma e à resolução de eventuais inconsistências sistémicas.

CAPÍTULO IX
DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 20. O auxílio-saúde referente à competência de maio de 2026 será pago juntamente com o subsídio do respectivo mês, na data ordinária de pagamento.

§ 1º Para os membros filiados a planos conveniados cujas mensalidades sejam descontadas em folha, o processamento do reembolso de maio de 2026 será automático, nos termos do art. 13, sendo dispensada qualquer comprovação adicional para essa competência.

§ 2º Para os membros titulares de planos não conveniados, o reembolso da mensalidade referente à competência de maio de 2026 ficará condicionado à comprovação do valor efetivamente pago, a ser apresentada à DRH até o dia 12 de maio de 2026, servindo como documento hábil o comprovante de pagamento da mensalidade vencida no mês de abril de 2026.

§ 3º A partir da competência de junho de 2026, aplica-se integralmente o regime ordinário previsto neste Ato.

CAPÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. Os casos omissos e as situações excepcionais serão submetidos à apreciação do Procurador-Geral de Justiça, que poderá editar orientações complementares.

Art. 22. Este Ato entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência de maio de 2026.

Aracaju, 7 de maio de 2026, 205º da Independência e 138º da República.

Dê-se ciência, cumpra-se e publique-se.

Nilzir Soares Vieira Junior
Procurador-Geral de Justiça