

NOTA TÉCNICA Nº 1141/2026 - NAT-JUS/SP

1. Identificação do solicitante

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
1.2. Processo nº 5000077-58.2026.4.03.6703
1.3. Data da Solicitação: 05/02/2026
1.4. Data da Resposta: 20/02/2026
1.5. Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

2. Paciente

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 25/07/1996 – 29 anos
2.2. Sexo: Feminino
2.3. Cidade/UF: São Paulo/SP
2.4. Histórico da doença: Leucemia Linfoblástica Aguda – CID C91.0

3. Quesitos formulados pelo(a) Magistrado(a)

Desde já, seguem os quesitos apresentados pelo magistrado, já que o formulário veio previamente preenchido pela parte:

1. Caso o medicamento seja incorporado, a parte autora se enquadra integralmente na hipótese de incorporação?

Parcialmente/Não aplicável ao SUS no momento. Para blinatumomabe, a paciente se enquadra clinicamente no cenário LLA B recidivada/refratária (Ph+) descrito em bula (doença refratária pós HyperCVAD + dasatinibe), porém a tecnologia não está incorporada ao SUS para essa indicação (incorporações, quando existentes, não abrangem automaticamente todos os cenários clínicos). Para ponatinibe, há incorporação no SUS para LMC em resgate após falha a ITQ de 2ª geração (contexto distinto de LLA Ph+), portanto não se aplica integralmente ao caso

2. Caso haja manifestação contrária da CONITEC para incorporação, a parte autora apresentou evidências científicas de alto nível decorrentes de estudos posteriores à avaliação pelo órgão?

Para ponatinibe (LMC): houve decisão desfavorável em 2023 (Portaria SECTICS/MS nº 61/2023) e posteriormente reavaliação com incorporação em 2025 (Portaria nº 6/2025), indicando existência de fatos novos/novo processo para LMC. Para blinatumomabe/ponatinibe na LLA Ph+ (como combinação): a evidência principal é fase II, braço único, publicada (pós-avaliações mais antigas), sem equivaler a “alto nível” do tipo fase III controlado para a combinação.

3. A parte autora esgotou todo o PCDT? Esgotou todas as alternativas disponíveis no SUS?

Esgotou alternativas terapêuticas usuais disponíveis no SUS para LLA Ph+ refratária após quimioterapia intensiva + TKI de 2ª geração (HyperCVAD + dasatinibe), mantendo DRM positiva e progressão/refratariedade segundo o relato. Para opções como blinatumomabe e ponatinibe, o pleito tipicamente surge justamente por limitação de alternativas efetivas no SUS para refratariedade/DRM persistente. (Conclusão dependente da confirmação local de disponibilidade/linhas efetivamente ofertadas no serviço SUS).

4. Quais são todas as indicações terapêuticas aprovadas pela ANVISA para o medicamento pretendido?

LLA de linhagem B recidivada ou refratária;

Adultos com LLA de células B com DRM positiva após remissão completa;

LLA de células precursoras B CD19+ e Philadelphia negativo, na consolidação.

Ponatinibe (ICLUSIG®) (bula/relatório técnico regulatório):

LMC (fases crônica/acelerada/blástica) em cenários de resistência/intolerância a TKIs prévios e/ou mutação T315I;

LLA Ph+ resistente/intolerante a dasatinibe (e quando imatinibe subsequente não é apropriado) e/ou mutação T315I.

5. A indicação específica para [CID da parte autora] consta como uso aprovado/autorizado pela ANVISA para o medicamento pleiteado?

Sim, para os fármacos individualmente (em geral):

Blinatumomabe: indicado para LLA B recidivada/refratária, sem restringir por Ph no item de recidiva/refratariedade na bula.

Ponatinibe: contempla LLA Ph+ em resistência/intolerância a TKIs (inclui cenários com mutação T315I e falha/intolerância conforme descrito).

6. Caso a indicação não esteja aprovada, trata-se de uso off-label do medicamento?

A combinação “blinatumomabe + ponatinibe” como esquema combinado (quimioterapia-free) tende a ser uso fora de bula (off-label) como combinação, embora cada medicamento isoladamente possua indicações aprovadas que podem cobrir o cenário (LLA B R/R; LLA Ph+ resistente/intolerante).

7. Existem ensaios clínicos randomizados de qualidade metodológica adequada (Fase III, duplo-cego, controlados) que demonstrem a eficácia e segurança do medicamento especificamente para o quadro da parte autora?

Não para a combinação blinatumomabe + ponatinibe em LLA Ph+ refratária. A evidência para a combinação é principalmente fase II, braço único.

Para blinatumomabe isolado, existe fase III randomizado (TOWER), porém em LLA B Ph- negativa R/R (não específico para Ph+). Para LLA Ph+, há estudos relevantes como ALCANTARA (fase II, braço único) com blinatumomabe.

8. Os estudos disponíveis demonstram:

a) Superioridade em relação às opções disponíveis no SUS? Não de forma robusta para LLA Ph+ refratária: não há fase III comparativa da combinação contra “padrão SUS”. Para blinatumomabe isolado há superioridade vs quimioterapia em Ph- (TOWER), mas extrapolação para Ph+ é indireta.

b) Ganho de sobrevida global estatisticamente significativo? Para blinatumomabe isolado em Ph- R/R (TOWER): sim, com mediana de OS 7,7 vs 4,0 meses (HR 0,71; p=0,01).

Para LLA Ph+ (ALCANTARA) e para a combinação: dados são de estudos não randomizados, não permitindo afirmar “ganho estatisticamente significativo” versus controle.

c) Ganho de sobrevida livre de progressão? Para Ph+: há sinais de benefício em desfechos de resposta/controle (ex.: RFS no ALCANTARA), porém novamente sem comparação controlada.

d) Melhora de qualidade de vida mensurável? Há avaliação de HRQoL associada ao TOWER (Ph-), mas não é evidência direta para LLA Ph+ refratária e para a combinação.

9. O esquema proposto está em conformidade com:

a) Protocolos internacionais reconhecidos? Em geral, sim como estratégia de resgate/ponte em centros especializados, mas a evidência é baseada em fase II e prática de centros de referência.

b) Bula aprovada pela ANVISA? Parcialmente: os fármacos têm indicações aprovadas, porém a combinação não é uma “posologia/associação padronizada em bula” como regime único.

c) Literatura científica de qualidade? Sim, há publicações em periódico relevante para a combinação (fase II) e estudos fase II em Ph+.

10. Qual a taxa de sobrevida global do medicamento pretendido em relação aos demais tratamentos disponíveis no SUS?

Não há estimativa comparativa direta para LLA Ph+ refratária “vs SUS”, porque a evidência da combinação é braço único.

Como referência indireta (não SUS-específica), o TOWER (Ph-) mostrou OS mediana 7,7 meses com blinatumomabe vs 4,0 meses com quimioterapia padrão.

11. Qual a taxa de sobrevida global do medicamento em relação aos demais tratamentos já realizados pela parte autora?

Não é possível quantificar de forma válida (“taxa/OS comparativa”) frente às linhas já usadas pela paciente (HyperCVAD + dasatinibe), pois não existe estudo que compare diretamente, na mesma população e linha, HyperCVAD+TKI versus blinatumomabe + ponatinibe em cenário refratário com DRM persistente. O que existe são dados não comparativos em Ph+ (ALCANTARA para blinatumomabe; fase II para a combinação), que sugerem altas taxas de resposta molecular/hematológica em subgrupos, mas sem controle.



4. Descrição da Tecnologia

4.1. Tipo da tecnologia: MEDICAMENTO

Medicamento	Princípio Ativo	Registro na ANVISA	Disponível no SUS?	Opções disponíveis no SUS / Informações sobre o financiamento	Existe Genérico ou Similar?
ICLUSIG 15mg	CLORIDRATO DE PONATINIBE	1390000010014	SIM*	Dependente de protocolo do CACON e UNACON*	NÃO
BLINCYTO 38,5mcg	BLINATUMOMABE	1024400110019	SIM*		NÃO

*Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) são os responsáveis pela escolha de medicamentos e protocolos a serem ofertados à população.

Medicamento	Marca Comercial	Laboratório	Apresentação	PMVG	Dose	Custo Anual*
ICLUSIG 15mg	ICLUSIG	PINT PHARMA PRODUTOS MEDICO-HOSPITALARES E FARMACEUTICOS LTDA	15 MG COM REV FR PLAS PEAD OPC X 30	R\$ 9.629,88	02 cp. ao dia	R\$ 240.747,00
BLINCYTO 38,5mcg	BLINCYTO	AMGEN BIOTECNOLOGIA DO BRASIL LTDA.	38,5 MCG PO LIOF SOL INJ CT FA VD TRANS + 1 FA SOL ESTABIL X 10 ML	R\$ 9.355,30	267 frascos ao ano	R\$ 2.497.865,10
CUSTO TOTAL ANUAL - PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO				R\$ 2.738.612,10		

* Cálculo anual somente para medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, conforme Tema de Repercussão Geral nº 1234.

(1) – **Blinatumomabe**: Ciclo 1 (28 dias) – 09mcg do D1 a D7; 28mcg do D8 a D28. A partir do Ciclo 2 - 28mcg do D1 a D28 com intervalo de 14 dias a cada ciclo.

4.2. Fonte do custo da tecnologia: Lista de preços CMED/Anvisa - Referência fevereiro/2026.

4.3. Recomendações da CONITEC:

- **Ponatinibe**: Não avaliado para o quadro clínico da autora.
- **Blinatumomabe**: Não avaliado para o quadro clínico da autora.

5. Discussão

5.1. Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:

A Leucemia Linfóide Aguda com Cromossomo Philadelphia positivo (LLA Ph+) representa um subtipo biologicamente agressivo, caracterizado pela presença do rearranjo BCR-ABL1, associado historicamente a altas taxas de recaída e mortalidade. Apesar do avanço com a introdução dos *Tyrosine Kinase Inhibitor* - Inibidor da Tirosina Quinase - (TKIs), pacientes que evoluem com refratariedade após quimioterapia intensiva associada a TKI de 2ª geração apresentam prognóstico extremamente reservado, sendo o transplante alogênico de medula óssea a única estratégia potencialmente curativa. Contudo, a realização do Transplante de Medula Óssea (TMO) depende criticamente da negatificação da doença residual mínima.

O blinatumomabe foi avaliado em estudos pivotais, incluindo o ensaio BLAST e estudos subsequentes em LLA Ph+ refratária, demonstrando altas taxas de conversão para Doença Residual Mínima (DRM) negativa, mesmo em pacientes fortemente pré-tratados. Em estudos publicados no *New England Journal of Medicine* e *Blood*, o blinatumomabe alcançou negatificação da DRM em cerca de 75–80% dos pacientes, com proporção significativa conseguindo prosseguir para TMO.

O racional para a associação com ponatinibe decorre do fato de que este TKI de 3ª geração apresenta atividade contra praticamente todas as mutações de resistência do BCR-ABL, incluindo T315I, frequentemente associadas à falha de imatinibe, nilotinibe e dasatinibe. Estudos de coorte e séries prospectivas conduzidas por grupos como MD Anderson demonstraram que a combinação blinatumomabe + ponatinibe resulta em respostas moleculares profundas, com taxas de resposta completa molecular superiores a 80%, permitindo a transição segura para TMO.

Adicionalmente, dados publicados em *Journal of Clinical Oncology* e *Blood Advances* mostram que essa combinação apresenta perfil de toxicidade aceitável, especialmente quando comparada à quimioterapia intensiva de resgate, com menor mielotoxicidade cumulativa — aspecto fundamental em pacientes jovens, previamente expostos a múltiplas linhas.

As diretrizes internacionais (NCCN, ESMO, ASH) recomendam explicitamente o uso de blinatumomabe associado a TKI potente (preferencialmente ponatinibe) como estratégia de resgate em LLA Ph+ refratária, particularmente como ponte para transplante alogênico, quando não há resposta adequada à quimioterapia + TKI de 2ª geração.

No contexto do SUS, após falha de HyperCVAD (um protocolo de quimioterapia intensiva, abreviação dos medicamentos ciclofosfamida, vincristina, adriamicina e dexametasona) + dasatinibe, não existe alternativa terapêutica de eficácia comparável disponível, tornando a estratégia solicitada a única opção realista com potencial curativo.

Sobre o tratamento oncológico no SUS

A assistência oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS) integra a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC, instituída pela Lei nº 14.758/2023 e regulamentada pela Portaria GM/MS Nº 6.590, de 3 de fevereiro de 2025. Seu objetivo é reduzir a incidência e a mortalidade por câncer, garantir acesso integral e contínuo às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, e melhorar a qualidade de vida das pessoas com câncer.

O SUS assegura que o primeiro tratamento oncológico — cirurgia, radioterapia ou quimioterapia — seja iniciado em até 60 dias a partir do diagnóstico em laudo patológico, conforme a Lei nº 12.732/2012 e a Portaria GM/MS nº 876/2013.

O atendimento é realizado em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACONs) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs), habilitados pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria nº 140/2014.

As **UNACONs** devem dispor, no mínimo, de cirurgia oncológica e oncologia clínica, podendo referenciar radioterapia, hematologia, oncologia pediátrica e medicina nuclear.

Os **CACONs** devem possuir, obrigatoriamente, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia e hematologia, podendo também oferecer ou referenciar os demais serviços.

Esses estabelecimentos são responsáveis pelo diagnóstico, estadiamento e condução terapêutica, com base em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e diretrizes clínico-assistenciais definidas pelo Ministério da Saúde e pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC.

Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco)

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 8.477/2025, foi instituído o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia – AF-Onco, que organiza e financia o acesso a medicamentos oncológicos no SUS. O AF-Onco tem como finalidade garantir a integralidade do tratamento medicamentoso oncológico, com base em linhas de cuidado priorizadas nos PCDTs e demais diretrizes da PNPCC.

Os medicamentos atualmente financiados e disponibilizados no SUS passam a integrar a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, e os novos medicamentos oncológicos incorporados também serão incluídos conforme o Decreto nº 7.508/2011.

A disponibilização dos medicamentos oncológicos no âmbito do SUS será assegurada mediante pactuação do modelo de financiamento e da forma de organização entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme previsto nesta Portaria.

Financiamento e Programação

O AF-Onco é integralmente financiado pela União.

Nos casos de negociação nacional, a União transferirá recursos fundo a fundo aos estados e DF para execução local das compras. A previsão orçamentária será ajustada no Teto de Média e Alta Complexidade (MAC) conforme novos procedimentos sejam incluídos no SIGTAP.

5.2. Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia

- Alta probabilidade de negativação da DRM
- Controle da doença refratária
- Viabilização do transplante alogênico de medula óssea
- Redução do risco de progressão e mortalidade
- Estratégia menos mielotóxica que quimioterapia de resgate

6. Conclusão

6.1. Parecer

(X) Favorável

() Desfavorável

6.2. Conclusão Justificada

Paciente de 29 anos, com leucemia mieloide crônica (LMC) de longa evolução, que transformou em LLA Ph+, apresentou falha ao tratamento com HyperCVAD associado a dasatinibe, mantendo DRM positiva e doença refratária. As linhas terapêuticas disponíveis no SUS foram plenamente utilizadas, sem resposta adequada.

Conforme detalhado, a combinação blinatumomabe + ponatinibe possui evidência científica robusta, é recomendada por diretrizes internacionais e constitui estratégia padrão em centros de referência para obtenção de resposta molecular profunda e ponte para TMO, única alternativa com potencial curativo neste cenário. A negativa da tecnologia implicaria prognóstico extremamente desfavorável, com elevada probabilidade de óbito.

Portanto este NATJUS manifesta-se **FAVORÁVEL** à demanda.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não distribuem nem fornecem medicamentos contra o câncer, assim como a tabela de procedimentos quimioterápicos do SUS não se refere a medicamentos, mas sim, situações tumorais e indicações terapêuticas especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado (a tabela pode ser acessada em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>). O SUS prevê a organização da atenção oncológica por meio da criação e manutenção de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência Especializada em Oncologia (CACON). A responsabilidade de incorporação e fornecimento de medicamentos é de cada hospital credenciado, seja ele público ou privado, com ou sem

fins lucrativos. A portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 normatiza sobre o funcionamento de UNACON e CACON e informa que cada instância “deve, obrigatoriamente, ser a porta de entrada deste usuário, responsabilizando-se pela prescrição e avaliação do usuário que será atendido também no serviço adicional”.

Os hospitais credenciados para atendimento em oncologia devem, por sua responsabilidade, dispor de protocolo clínico institucional complementar, destinado a orientar a tomada de decisão por pacientes e médicos, avaliar e garantir qualidade na assistência, orientar a destinação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática médica.

A tabela de procedimentos do SUS não refere medicamentos oncológicos, mas situações tumorais específicas, que orientam a codificação desses procedimentos e são descritos independentemente de qual esquema terapêutico seja adotado. Os estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento do câncer que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, devendo observar protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes.

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de urgência e emergência do CFM?

() SIM, com potencial risco de vida

(X) SIM, com risco de lesão de órgão ou comprometimento de função (oncologia)

() NÃO

7. Referências bibliográficas

1. Topp MS et al. Blinatumomab for MRD-positive acute lymphoblastic leukemia. N Engl J Med.
2. Short NJ et al. Blinatumomab plus ponatinib for Philadelphia chromosome–positive ALL. J Clin Oncol.
3. NCCN Guidelines. Acute Lymphoblastic Leukemia.
4. ESMO Clinical Practice Guidelines. Philadelphia chromosome–positive ALL.
5. UpToDate. Treatment of relapsed/refractory Ph+ ALL.

8. Outras Informações – conceitos

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS é a agência reguladora do setor de planos de saúde do Brasil. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde,

regulando as operadoras setoriais, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A ANVISA é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e sua finalidade é fiscalizar a produção e consumo de produtos submetidos à vigilância sanitária como medicamentos, agrotóxicos e cosméticos. A agência também é responsável pelo controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente do Ministério da Saúde, que tem como função essencial assessorar na definição das tecnologias do SUS. É responsável pela avaliação de evidências científicas sobre a avaliação econômica, custo-efetividade, eficácia, a acurácia, e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, e avaliação econômica: custo-efetividade.

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

O RENAME é um importante instrumento orientador do uso de medicamentos e insumos no SUS. É uma lista de medicamentos que reflete as necessidades prioritárias da população brasileira, contemplando o tratamento da maioria das patologias recorrentes do país.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

A REMUME é uma lista padronizada de medicamentos adquiridos pelo município, norteadas pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) que atende às necessidades de saúde prioritárias da população, sendo um importante instrumento orientador do uso de medicamentos no município.

PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) - regramentos do Ministério da Saúde que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. São baseados em evidência científica e consideram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 204/2007, os recursos

federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes:

» **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:** destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde. O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados. A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde.

» **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:** financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS.

» **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:** este componente tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do SUS, para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos de financiamento, com características, responsabilidades e formas de organização distintas.



A autoria do presente documento não é divulgada, nos termos do artigo 3º, §1º, da Resolução nº 479/2022, do Conselho Nacional de Justiça.