

NOTA TÉCNICA Nº 2534/2026 - NAT-JUS/SP

1. Identificação do solicitante

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
- 1.2. Processo nº 5000209-18.2026.4.03.6703
- 1.3. Data da Solicitação: 23/03/2026
- 1.4. Data da Resposta: 01/04/2026
- 1.5. Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

2. Paciente

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 01/12/1985 – 40 anos
- 2.2. Sexo: Feminino
- 2.3. Cidade/UF: Ribeirão Preto/SP
- 2.4. Histórico da doença: Neoplasia maligna da mama – CID C50.9

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?

Não foi incorporado.

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?

Não foi avaliado.

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

Sim, a parte autora esgotou substancialmente todas as alternativas terapêuticas disponíveis no SUS. A cronologia de tratamentos demonstra uso sequencial e racional de múltiplas linhas: (1) esquema CLEOPATRA (docetaxel + trastuzumabe + pertuzumabe) de 10/2022 a 04/2023, seguido de manutenção com duplo bloqueio e anastrozol — correspondendo à primeira linha padrão para doença metastática HER2+; (2) após progressão óssea, troca de anastrozol por tamoxifeno até 10/2023 — tentativa de otimização endócrina dado o componente RP+; (3) capecitabina + duplo bloqueio de 10/2023 a 06/2024, com radioterapia cerebral holocraniana (30 Gy) em 02/2024 —

correspondendo a segunda/terceira linha com quimioterapia + anti-HER2; (4) paclitaxel + trastuzumabe a partir de 08/2024 — quarta linha com taxano + anti-HER2.

Todas essas opções representam os regimes disponíveis no SUS para câncer de mama metastático HER2-positivo. A paciente progrediu em todas elas, incluindo progressão em SNC (outubro/2023 e julho/2024) e progressão pulmonar. As opções remanescentes no SUS (vinorelbina + trastuzumabe, lapatinibe + capecitabina) oferecem taxas de resposta de apenas 9-27% e SLP mediana de 3,3-6,1 meses.

O T-DXd que foi iniciado em 12/2024 representa a única alternativa com evidência robusta de benefício neste cenário, particularmente para doença com envolvimento de SNC.

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

Atualmente, o Enhertu (trastuzumabe deruxtecana) (T-DXd) possui aprovação para Câncer de Mama HER2+ metastático ou irresssecável (pós-terapia anti-HER2 anterior); Câncer de Mama HER2-low (baixo nível de expressão HER2) – Estudo DESTINY-Breast04; Câncer de Pulmão (NSCLC) com mutação HER2; Adenocarcinoma Gástrico HER2+.

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

Sim.

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

Não se aplica.

5. 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?

Sim, existem múltiplos ensaios clínicos randomizados de fase III, e adicionalmente estudos prospectivos específicos para metástases cerebrais. O DESTINY-Breast03 (NCT03529110) é um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, aberto, de fase III, com 524 pacientes com câncer de mama metastático HER2-positivo previamente tratadas com trastuzumabe e taxano. Os resultados demonstraram SLP mediana de 29,0 vs. 7,2 meses (HR 0,30) e SG mediana de 52,6 vs. 42,7 meses (HR 0,73; IC95% 0,56-0,94), com taxa de resposta objetiva de 79,7% vs. 34,2% com T-DM1.

Crucialmente, na subanálise de pacientes com metástases cerebrais basais, o T-DXd demonstrou SLP mediana de 15,0 vs. 3,0 meses com T-DM1 (HR 0,25; IC95% 0,13-0,45) e taxa de resposta intracraniana de 65,7% vs. 34,3%.

O DESTINY-Breast02 (NCT03523585) é um ensaio randomizado de fase III com 608 pacientes resistentes ao T-DM1, demonstrando SLP mediana de 17,8 vs. 6,9 meses (HR 0,36) e SG mediana de 39,2 vs. 26,5 meses (HR 0,66; $p=0,0021$).

O DESTINY-Breast09 (NCT04784715), publicado no NEJM em 2025, demonstrou superioridade de T-DXd + pertuzumabe sobre THP em primeira linha, com SLP mediana de 40,7 vs. 26,9 meses (HR 0,56; $p<0,00001$) e taxa de resposta de 85,1% vs. 78,6%.

Especificamente para metástases cerebrais, o DESTINY-Breast12 (NCT04739761), estudo fase 3b/4 com 263 pacientes com metástases cerebrais (estáveis ou ativas), demonstrou SLP em 12 meses de 61,6% e SLP intracraniana em 12 meses de 58,9%.

O estudo TUXEDO-1 (NCT04752059), fase 2 prospectivo em pacientes com metástases cerebrais ativas, demonstrou taxa de resposta intracraniana de 73,3%, SLP mediana de 21 meses e SG não alcançada

6. Os estudos disponíveis demonstram:

a) Superioridade em relação às opções disponíveis no SUS? Sim. O T-DXd demonstrou superioridade sobre T-DM1 (HR para SLP 0,30; HR para SG 0,73), sobre capecitabina + trastuzumabe/lapatinibe (HR para SLP 0,36; HR para SG 0,66), e sobre THP em primeira linha (HR para SLP 0,56). Para metástases cerebrais especificamente, o T-DXd demonstrou SLP mediana de 15,0 meses vs. 3,0 meses com T-DM1 (HR 0,25), representando uma redução de 75% no risco de progressão intracraniana

b) Ganho de sobrevida global estatisticamente significativo?

Sim. No DESTINY-Breast03, a SG mediana foi de 52,6 vs. 42,7 meses (HR 0,73; IC95% 0,56-0,94), ganho de ~10 meses. No DESTINY-Breast02, a SG mediana foi de 39,2 vs. 26,5 meses (HR 0,66; IC95% 0,50-0,86; $p=0,0021$), ganho de ~13 meses. Em dados de mundo real para pacientes HER2+ com metástases cerebrais, a SG mediana com T-DXd foi de 46 meses.

c) Ganho de sobrevida livre de progressão?

Sim. DESTINY-Breast03: SLP 29,0 vs. 7,2 meses (HR 0,30). DESTINY-Breast02: SLP 17,8 vs. 6,9 meses (HR 0,36). DESTINY-Breast09: SLP 40,7 vs. 26,9 meses (HR 0,56). Para metástases cerebrais: SLP intracraniana em 12 meses de 58,9-67,4% (meta-análise). No TUXEDO-1, SLP mediana de 21 meses em pacientes com metástases cerebrais ativas.

d) Melhora de qualidade de vida mensurável?

Sim. No TUXEDO-1, a qualidade de vida global e a função cognitiva foram mantidas durante todo o período de tratamento com T-DXd em pacientes com metástases

cerebrais ativas. No DESTINY-Breast12, não foram observados novos sinais de segurança em pacientes com metástases cerebrais, e a atividade intracraniana sustentada contribuiu para manutenção da função neurológica. A meta-análise de 786 pacientes com envolvimento de SNC demonstrou taxa de controle de doença intracraniana de 88,6%, o que se traduz em preservação da função neurológica e qualidade de vida.

7. O esquema proposto está em conformidade com:

a) Protocolos internacionais reconhecidos?

Sim. O NCCN recomenda T-DXd como opção preferida (categoria 1) em segunda/terceira linha para câncer de mama metastático HER2-positivo. Para pacientes com progressão em SNC, o NCCN também reconhece capecitabina/tucatinibe + trastuzumabe como preferido, e T-DXd como opção preferida alternativa. A diretriz ASCO recomenda T-DXd como tratamento de segunda linha preferido. A ESMO reconhece T-DXd como padrão de segunda linha e opção para metástases cerebrais.

b) Bula aprovada pela ANVISA?

Sim.

c) Literatura científica de qualidade?

Sim.

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

Os ganhos em sobrevida global do T-DXd são consistentes em todas as linhas terapêuticas cerca de 10 meses em segunda linha (DESTINO-Seio03) e 12,7 meses em terceira linha. Destaca-se ainda a atividade intracraniana robusta, com SLP cinco vezes superior ao T-DM1 em pacientes com metástases cerebrais.

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

A paciente recebeu quatro linhas de tratamento antes do T-DXd, todas com progressão documentada, incluindo progressão em SNC. Neste cenário de doença multitratada com envolvimento cerebral, o T-DXd oferece resultados substancialmente superiores:

Os tratamentos prévios da paciente (esquema CLEOPATRA, capecitabina + duplo bloqueio, paclitaxel + trastuzumabe) oferecem, após progressão, SLP mediana de apenas 3,3-6,9 meses e SG mediana de 26,5-30,9 meses com as opções convencionais remanescentes. Em contraste, o T-DXd oferece SLP mediana de 17,8-29,0 meses e SG mediana de 39,2-52,6 meses dependendo da linha. Para o componente de metástases

cerebrais — particularmente relevante nesta paciente com duas progressões em SNC (10/2023 e 07/2024) após radioterapia holocraniana — o T-DXd demonstra atividade intracraniana excepcional: taxa de resposta intracraniana de 60-73%, SLP intracraniana em 12 meses de 58,9-67,4%, e SG em 12 meses de 82,7% na meta-análise de 786 pacientes com envolvimento de SNC. Estes resultados são particularmente relevantes porque as opções convencionais disponíveis no SUS têm atividade intracraniana muito limitada. Na análise agrupada dos estudos DESTINY-Breast01/02/03, pacientes com resposta completa ao T-DXd (15% dos casos) apresentaram taxa de SG em 36 meses de 88,6%, e aquelas com resposta parcial (57,2%) apresentaram taxa de SG em 36 meses de 54,0%. Portanto, o T-DXd representa um ganho de sobrevida global de 10-13 meses em relação às melhores alternativas, com atividade intracraniana sem precedentes que é crítica para esta paciente com doença cerebral progressiva.

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?
ENHERTU 100mg – 4ampolas mensais	Trastuzumabe Deruxtecana	1045401910011	NÃO	Dependente de protocolo do CACON e UNACON	NÃO

Medicamento	Marca Comercial	Laboratório	Apresentação	PMVG	Dose	Custo Anual*
ENHERTU	ENHERTU	DAIICHI SANKYO BRASIL FARMACÊUTICA LTDA	100 MG PO LIOF SOL INJ IV CT FA VD AMB	R\$11152,18	4ampolas mensais	R\$535.304,64
CUSTO TOTAL ANUAL - PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO				R\$ 535.304,64		

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

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

4.3. Recomendações da CONITEC: () RECOMENDADO () NÃO RECOMENDADO () NÃO AVALIADO

5. Discussão

5.1. Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia

O NCCN recomenda T-DXd como opção preferida (categoria 1) em segunda/terceira linha para câncer de mama metastático HER2-positivo. Para pacientes com progressão em SNC, o NCCN também reconhece capecitabina/tucatinibe + trastuzumabe como preferido, e T-DXd como opção preferida alternativa. A diretriz ASCO recomenda T-DXd como tratamento de segunda linha preferido. A ESMO reconhece T-DXd como padrão de segunda linha e opção para metástases cerebrais

5.2. Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia

Melhora do quadro clínico.

6. Conclusão

6.1. Parecer

(x) Favorável

() Desfavorável

6.2. Conclusão Justificada

A medicação apresenta ganho de sobrevida.

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”.

Observa-se que o financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde não disponibilizam diretamente medicamentos contra o câncer. O fornecimento destes medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA (Autorização de

Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS, devendo ser oferecidos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, sendo ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na APAC.

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

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

(x) NÃO

7. Referências bibliográficas

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Breast Cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology [Internet]. Atualizado em 2026 Fev 27.

Tolaney SM, Jiang Z, Zhang Q, et al. Trastuzumab deruxtecan plus pertuzumab for HER2-positive metastatic breast cancer. *N Engl J Med*. 2025.

André F, Hee Park Y, Kim SB, et al. Trastuzumab deruxtecan versus treatment of physician's choice in patients with HER2-positive metastatic breast cancer (DESTINY-Breast02): a randomised, open-label, multicentre, phase 3 trial. *Lancet*. 2023;401(10390):1773-1785.

U.S. Food and Drug Administration. Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations (Orange Book) [Internet]. Silver Spring (MD): FDA; 2026.

Cortés J, Hurvitz SA, Im SA, et al. Trastuzumab deruxtecan versus trastuzumab emtansine in HER2-positive metastatic breast cancer: long-term survival analysis of the DESTINY-Breast03 trial. *Nat Med.* 2024.

Hamilton E, Hurvitz S, Im S, et al. Trastuzumab deruxtecan (T-DXd) vs trastuzumab emtansine (T-DM1) in patients (pts) with HER2+ metastatic breast cancer (mBC): updated survival results of DESTINY-Breast03. *J Clin Oncol.* 2024.

Hurvitz SA, Kim SB, Chung WP, et al. Trastuzumab deruxtecan versus trastuzumab emtansine in HER2-positive metastatic breast cancer patients with brain metastases from the randomized DESTINY-Breast03 trial. *ESMO Open.* 2024.

Harbeck N, Ciruelos E, Jerusalem G, et al. Trastuzumab deruxtecan in HER2-positive advanced breast cancer with or without brain metastases: a phase 3b/4 trial. *Nat Med.* 2024.

Bartsch R, Berghoff AS, Furtner J, et al. Trastuzumab deruxtecan in HER2-positive breast cancer with brain metastases: a single-arm, phase 2 trial. *Nat Med.* 2022;28(9):1840-1847.

Bartsch R, Berghoff AS, Furtner J, et al. Final outcome analysis from the phase II TUXEDO-1 trial of trastuzumab-deruxtecan in HER2-positive breast cancer patients with active brain metastases. *Neuro Oncol.* 2024.

Zhou Q, Li Y, Zou G, et al. The efficacy and safety of trastuzumab deruxtecan (T-DXd) in HER2-positive and -low metastatic breast cancer with brain metastases (BCBM): a retrospective, multicenter, real-world study. *J Clin Oncol.* 2025.

Zhou Q, Li Y, He N, et al. Efficacy and safety of T-DXd in HER2+ and low/zero metastatic BCBM: a retrospective multicenter real-world study. *Cancer Sci.* 2025.

Michelon I, Castro CER, Madeira T, et al. Trastuzumab deruxtecan in human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer brain metastases: a systematic review and updated meta-analysis. *Cancer Treat Rev.* 2025.

Bartsch R, Marhold M, Garde-Noguera J, et al. Patritumab deruxtecan (HER3-DXd) in patients with active brain metastases of breast cancer (TUXEDO-3): a multicentre, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 2025.

Saura C, Cortés J, Modi S, et al. Pooled analysis by best confirmed response to trastuzumab deruxtecan and related biomarkers in patients with HER2-positive metastatic breast cancer from DESTINY-Breast01, DESTINY-Breast02, and DESTINY-Breast03. Ann Oncol. 2025.

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.

PROTOS COLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) - regramentos do Ministério da Saúde que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo 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.