

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiza de Direito Dra maria Isabela Freire Cardoso  
**PROCESSO Nº.:** 50170241220228130433  
**CÂMARA/VARA:** 2ª Unidade Jurisdicional do Sistema dos Juizados Especiais - 4º Juiz de Direito  
**COMARCA:** Montes Claros

### **I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:**

**REQUERENTE:** L. B. C.

**IDADE:** 40 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Medicamento osserrelina 10,3, com 03 ampolas, para ser aplicado a cada 90 (noventa) dias

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):**

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** endometriose pélvica profunda, atingindo ovários, intestino, bexiga

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 42.224

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0002996

### **II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

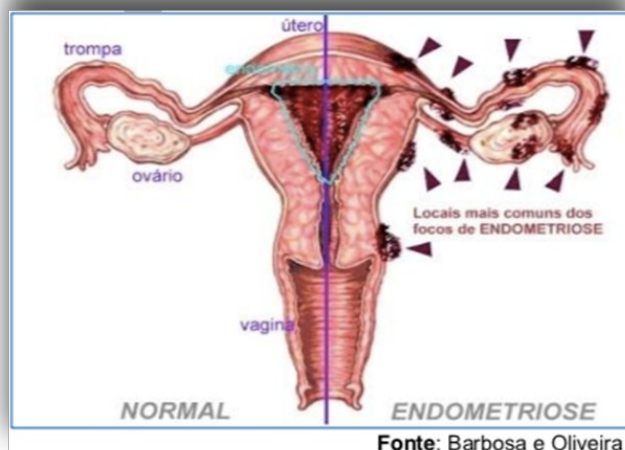
Solicita informações técnicas prévias acerca dos medicamentos/procedimentos postulados, bem como de sua pertinência à patologia apontada, tratamento prescrito e competência administrativa para sua realização,

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a relatório médico datado de 24/09/21, trata-se de LBC, **40 anos**, há mais de 5 anos **com quadro de endometriose pélvica profunda atingindo ovários, bexiga e intestino. Necessita do uso de análogo da GNRH (glosserrelina), 3 dose a cada 3 meses, para melhora do quadro e qualidade de vida.**

**A endometriose é doença ginecológica caracterizada pelo desenvolvimento e crescimento de tecido endometrial (estroma e glândulas endometriais) de caráter benigno, fora da cavidade uterina,**

resultando em reação inflamatória crônica. As localizações mais comuns de sua ocorrência são ovários, fundo de saco posterior e anterior, folheto posterior do ligamento largo, ligamentos uterossacos, útero, tubas uterinas, peritônio, cólon sigmoide, apêndice, reto, ligamentos redondos, a bexiga.



Pode surgir logo após as primeiras menstruações e não costuma ser encontrada nas mulheres que tiveram mais de um filho. É diagnosticada quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva; mulheres pós-menopáusicas representam somente 2% - 4% de todos os casos submetidos a laparoscopia por suspeita de endometriose. Como não há correlação entre sintomatologia e grau da doença e como para confirmação diagnóstica é necessária a realização de procedimento invasivo de laparoscopia, a determinação da prevalência é difícil. Ocorre em todos os grupos étnicos, com risco aumentado nas asiáticas e tem seu pico de incidência entre 30 e 45 anos de idade. Estima-se uma taxa de prevalência em torno de 10%. Em mulheres inférteis, estes valores podem chegar a índices altos (30% - 60%), sendo um dos principais fatores responsáveis pela infertilidade.

Os principais fatores para a endometriose são: menarca antecipada; ciclos menstruais curtos (menos de 27 dias) com fluxo prolongado (mais de 8 dias) e dor menstrual intensa. A incidência de

endometriose é maior nas mulheres que retardam a gravidez ou nas mulheres com histórico familiar da doença. Pode haver toxinas ambientais que predispõem à endometriose, como a dioxina. **Gestação e contraceptivos hormonais são protetores. A etiopatogenia até agora não se encontra perfeitamente elucidada, porém os fundamentos apontam para a multicausalidade que associa fatores anatômicos, imunes, hormonais e genéticos que podem auxiliar para a criação e também no aperfeiçoamento dos núcleos ectópicos de endometriose.** Várias teorias foram postuladas. Fatores hormonais parecem contribuir para doença, já que os implantes endometrióticos podem produzir aromatase, induzidos pelas prostaglandinas E2, levando à produção de estrogênio extraovariano. Isso pode explicar por que a endometriose pode recorrer nas mulheres que se submetem à histerectomia e à salpingo-ooforectomia bilateral. Fatores genéticos por risco de seis a nove vezes maior de desenvolver endometriose em mulheres que possuem um familiar de primeiro grau com a doença. O modo de herança é possivelmente multifatorial. A teoria da implantação, propõe que o tecido endometrial, por meio da menstruação retrógrada, teria acesso a estruturas pélvicas através das tubas uterinas implantando-se na superfície peritoneal, estabelecendo fluxo sanguíneo e gerando resposta inflamatória. A teoria da metaplasia celômica sugere que células indiferenciadas do peritônio pélvico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. A teoria do transplante direto explicaria o desenvolvimento de endometriose em episiotomia, em cicatriz de cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas. Disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações fora da cavidade pélvica.

**A identificação da doença pode ser tardia, pois muitas vezes ela se manifesta silenciosamente. Os sintomas da doença podem surgir na adolescência como cólica menstrual forte, dores durante a relação sexual, entre as menstruações, ao defecar e ao urinar, sangramento na urina ou nas fezes e infertilidade. Muitas as mulheres confundem os**

**sintomas com cólicas menstruais.** Geralmente o quadro se manifesta em mulheres na fase reprodutiva e se limita a menopausa. **As principais manifestações são dor pélvica, sobretudo relacionada à menstruação, infertilidade ou massa pélvica.** A dor apresentar-se como **dismenorreia, dor pélvica crônica** diferente da dismenorreia (cíclica ou não), **dispareunia profunda ou dores associadas a defecação ou micção durante a fase menstrual e fadiga crônica.** Em geral, ocorrem associação de 2 ou mais sintomas. **Como é um motivo de dor pélvica e infertilidade feminina, conduz ao gasto mental e físico, prejudicando em casos sérios as condições de vida dos pacientes, especialmente devido ao atraso da análise. Em geral, sua descoberta torna-se um alívio, visto que junto com a explicação do motivo de suas dores, vem a notícia da não malignidade da doença.** O exame ginecológico pode apresentar-se normal, porém dor à movimentação do útero, crescimento do volume ovariano ou retroversão uterina é desconfiança da doença, apesar de que não seja específica. Os espessamentos dos ligamentos uterossacros, lesões violáceas ou as nódulações palpáveis no fórnice vaginal posterior na vagina são os indícios de sugestão de endometriose profunda infiltrativa.

**O diagnóstico pode não ser fácil,** merecendo atenção médica, já que a clínica das pacientes são variáveis. **Fundamenta-se no exame físico, na história clínica,** exames laboratoriais como CA-125, e **exames de imagem,** dentre os quais a ressonância magnética da pelve, ecoendoscopia retal (ecocolonosopia), ultrassonografia pélvica e transvaginal com vias urinárias e com preparo intestinal, cistoscopia e laparoscopia. **O diagnóstico é presumido pela história de dismenorreia, achados no exame físico** (especialmente no toque da vagina) e da frequência de lesões suspeitas nos exames de imagem. **Os exames de imagem são indispensáveis para mostrar a extensão da doença e precisarão ser feitos depois da avaliação ginecológica para que o especialista consiga fazer uma apuração mais precisa e orientada.** O ultrassom transvaginal tem sensibilidade de 98 e 95%,

especificidade de 100 e 98%, VPP de 100 e 98%, VPN de 98 e 97% e acurácia de 99 e 97%, respectivamente. **Segundo consenso da European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) e da American Society of Reproductive Medicine (ASRM), o padrão ouro para o diagnóstico é a laparoscopia com inspeção direta da cavidade e visualização dos implantes, não necessitando de biópsia para confirmação histopatológica.** Diante da alta correlação entre achados laparoscópicos e histológicos (97%-99%), a comprovação histológica mediante biópsia oneraria desnecessariamente a investigação.

**O estadiamento mais comumente usado é a classificação revisada da ASRM.** Esta classificação leva em consideração o tamanho/dimensão, aparência e profundidade dos implantes, localização dos implantes endometrióticos e gravidade das aderências, principalmente tubo-ovarianas e no nível de bloqueio do fundo de saco de Douglas. Assim a doença é classificada em **4 estágios: mínima, leve, moderada ou grave.** O estágio I ou doença mínima possui focos endometrióticos isolados e sem aderências significantes; estágio II ou doença leve apresenta lesões livres e dispersas, sem aderências significantes, implantes superficiais com menos de 5cm; estágio III ou doença moderada contém múltiplos implantes, superficiais e profundos com aderências periovariana e peritubária que podem ser evidentes; **estágio 4 ou doença severa/grave, consiste de doença extensa onde há muitos implantes superficiais e profundos, com ocorrência de membranas e aderências densas e firmes e existência de grandes endometriomas.** Outra classificação muito usada permite a **classificação endometriose após a videolaparoscopia de acordo com o tipo histológico dos implantes, com a localização anatômica da doença no peritônio, ovário ou septo retovaginal ou pela extensão da doença sobre os órgãos pélvicos. Divide a endometriose em 3 tipos: peritoneal,** definida pela existência de implantes na superfície do peritônio; **ovariana** classificada pela existência de implantes nos ovários e a apresentação de

endometriomas e a **infiltrativa profunda** caracterizada pela **existência de implantes com profundidade acima de 5 mm e hiperplasia muscular abaixo de peritônio e fibrose.**

A despeito de ser uma doença benigna, é considerada uma doença crônica sem cura. A escolha do tratamento deve levar em consideração a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos, taxas de complicações cirúrgicas e custos. Assim o tratamento não há um tratamento ideal para endometriose, devendo o mesmo ser individualizado, levando em conta a consequência da doença, em todo caso os sintomas da paciente com tratamento escolhido em relação a qualidade de vida. O objetivo dos tratamentos é amenizar as lesões endometrióticas, diminuir a dor e outros sinais, e aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas. Pode ser clínico ou cirúrgico, ou ainda a combinação desses. A eficácia dos tratamentos tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.

O tratamento clínico objetiva proporcionar a diminuição da dor causada pela endometriose, além de colaborar na prevenção ou prolongar o desenvolvimento da patologia. Tem foco na manipulação hormonal com intuito de produzir pseudogravidez, pseudomenopausa ou anovulação crônica, criando um ambiente inadequado para o crescimento e manutenção dos implantes da endometriose. Pode utilizar de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos e alguns tratamentos clínicos complementares como: acupuntura, eletroterapia, exercícios físicos, mudanças de estilo de vida, acompanhamento psicológico e fisioterapia. Todos os tratamentos hormonais quer sejam com anticoncepcionais orais (ACO), progestágenos, danazol ou análogos do GnRH, reduzem a dor atribuída à endometriose, quando comparados ao placebo, e são igualmente efetivos quando comparados entre eles. Para o grupo de mulheres com infertilidade, não se justifica o tratamento hormonal com

supressão da ovulação. Nesses casos, quando a infertilidade é secundária à endometriose em estágios I e II, o tratamento cirúrgico, com cauterização dos focos, mostrou-se eficaz. **ACOs devem ser considerados no tratamento empírico da endometriose em mulheres com sintomas mínimos ou leves e exame físico sugestivos nas quais foram descartadas outras doenças relacionadas à dor pélvica.** Esse tratamento produz retardo na progressão da doença e anticoncepção nos casos que a gravidez não é desejada. **Danazol demonstrou ser capaz de reduzir dor pélvica, dor para evacuar e dor lombar em pacientes com endometriose,** com benefício mantido mesmo após 6 meses da descontinuação do tratamento. **Progestágenos são eficazes no tratamento da dor relacionada à endometriose, com melhora de até 80% nos escores de dor.** Acetato de medroxiprogesterona (**AMP**) intramuscular é semelhante ao ACO associado ao danazol no controle de sintomas dolorosos, com benefício da dismenorreia até no seguimento de 12 meses. Pacientes em uso de **AMP de depósito** apresentaram **reações locais, inchaço, sangramento intermenstrual, amenorreia e náuseas.**

**Análogos do GnRH, (goserrelina, leuprorelina e triptorelina)** hormônio gonadotrófico, produzido na hipófise que estimula a produção de hormônios sexuais. Seu uso **proporcionam mecanismo de feedback negativo na hipófise, com um hipogonadismo hipogonadotrófico, que suprime a produção de hormônios sexuais (estrógeno e testosterona).** a goserrelina é utilizada em tratamento de **câncer de mama e de próstata. Seu uso na endometriose visa suprimir o ciclo menstrual. que resulta em amenorreia e anovulação, do qual se tem o seu efeito terapêutico e inibitório, que é reversível.** Independente da droga, os análogos do GnRH, **apresentam eficácia e efetividade similares.** A goserrelina é utilizada em tratamento de **câncer de mama e de próstata. Seu uso na endometriose visa suprimir o ciclo menstrual. que resulta em amenorreia e anovulação, do qual se tem o seu efeito terapêutico e inibitório, que é reversível. Têm indicação de**

**uso na endometriose com sintomas moderados a graves em mulheres que não obtiveram melhora da dor com outros tratamentos** (progestágenos, ACO, danazol) e como droga complementar a cirurgia para a forma grave da doença. A Federação Paulista de Febrasco considera que são medicações adjuvantes para controle da dor, que, apesar de apresentarem bons resultados em estudos clínicos, não têm sido amplamente utilizadas na prática clínica em razão dos efeitos colaterais, assim como danazol e inibidores da aromatase.

**O tratamento cirúrgico engloba desde métodos de menor complexidade**, como liberação de aderências velamentosas, cauterização de focos superficiais, **até intervenções complicadas nos ovários, bexiga, intestino, ureteres e fundo de saco de Douglas**, requisitando, em alguns casos, uma equipe multidisciplinar. É indicado quando os sintomas são graves, incapacitantes, quando não houve melhora com tratamento empírico com contraceptivos orais ou progestágenos, em casos de endometriomas, de distorção da anatomia das estruturas pélvicas, de aderências, de obstrução do trato intestinal ou urinário e nas pacientes com infertilidade associada a endometriose. A cirurgia pode ser classificada em conservadora ou definitiva:

- **Cirurgia conservadora: destruição dos focos de endometriose e remoção de aderências, com consequente restauração da anatomia pélvica. Permite significativa redução da dor em 6 meses.** A laparoscopia terapêutica com ablação dos implantes, lise de aderências e ablação do nervo uterossacro, demonstra importante diminuição da dor pelo período de 1 ano em até 90% das pacientes.

- **Cirurgia definitiva: histerectomia com ou sem ooforectomia** (variando com a idade da paciente). **A histerectomia com salpingooforectomia bilateral com excisão de todos os focos de endometriose mostrou taxas de cura de 90%** em estudos não controlados, sendo indicada



quando há doença grave, persistência de sintomas incapacitantes após terapia medicamentosa ou cirúrgica conservadora, existência de outras doenças pélvicas com indicação de histerectomia e não há mais o desejo de gestação. No caso da endometriose infiltrativa o tratamento deve ser **cirúrgico e a excisão das lesões deve ser guiada visualmente, preservando-se o tecido sadio ao redor do nódulo endometriótico**, ressecando-se parte da parede do reto e do fundo de saco posterior, se necessário, com dissecação cuidadosa dos ureteres e artérias uterinas. Assim, **é importante que atenção especial seja dada a essa forma específica de comprometimento da endometriose, já que representa uma doença mais profunda, de maior gravidade clínica e cirúrgica e que requer cuidados multidisciplinares para sua resolução.** Em algumas situações o tratamento clínico associado ao cirúrgico pode ser feito antes da cirurgia ou após esta. As evidências de benefício do tratamento combinado não são inequívocas, ficando o tratamento medicamentoso reservado para pacientes sintomáticas após o tratamento cirúrgico. O uso de supressão hormonal prévia à cirurgia as evidências de benefício do tratamento combinado não são inequívocas, ficando o tratamento medicamentoso reservado para pacientes sintomáticas após o tratamento cirúrgico. A Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE) recomenda o uso de um sistema intrauterino de levonorgestrel ou um contraceptivo oral combinado por 18 a 24 meses no pós-operatório para reduzir a dor da dismenorreia em pacientes com endometriose. O aconselhamento individualizado do paciente sobre riscos e benefícios, bem como fatores individuais do paciente, deve ser usado para ajudar a selecionar se os agonistas de GnRH serão indicados no pós-operatório para prevenir a recorrência da endometriose.

No Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento da endometriose está descrito em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e inclui tratamento clínico e cirúrgico considerando como primícias o

grau dos sintomas, a extensão e localização da doença, a idade da paciente e o desejo de gravidez, assim como o efeitos adversos dos medicamentos e os custos e taxas de complicações cirúrgicas. Para o tratamento clínico estão disponíveis os ACO (etinilestradiol + levonorgestrel); acetato de medroxiprogesterona; danazol e análogos do GnRH (gosserelelina: leuprorelina; triptorelina).

**Conclusão:** Trata-se de paciente de 40 anos, com endometriose pélvica profunda atingindo ovários, bexiga e intestino. Necessita do uso de análogo da GNRH (gosserelelina), 3 dose a cada 3 meses, para melhora do quadro e qualidade de vida.

A endometriose é doença ginecológica crônica, benigna, por reação inflamatória crônica devido o desenvolvimento de tecido endometrial fora da cavidade uterina. É mais comumente nos ovários, fundo de saco posterior e anterior, ligamentos uterossacos, folheto posterior do ligamento largo, útero, tubas uterinas, peritônio, cólon sigmoide, apêndice, reto, bexiga e ligamentos redondos. O tipo infiltrativa profunda caracteriza-se por implantes com profundidade > 5 mm e hiperplasia muscular abaixo de peritônio e fibrose.

Não tem cura. Pode se abordada por tratamento clínico e/ou cirúrgico. A escolha do tipo do tratamento deve considerar a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos devendo ser individualizado.

A despeito de ser uma doença benigna, é considerada uma doença crônica sem cura. A escolha do tratamento deve levar em consideração a gravidade dos sintomas, a extensão e localização da doença, o desejo de gravidez, a idade da paciente, efeitos adversos dos medicamentos, taxas de complicações cirúrgicas e custos. Assim o tratamento não há um tratamento ideal para endometriose, devendo o mesmo ser individualizado, levando em conta a consequência da doença, em todo caso os sintomas da paciente com tratamento escolhido

em relação a qualidade de vida. O objetivo dos tratamentos é amenizar as lesões endometrióticas, diminuir a dor e outros sinais, e aprimorar a qualidade de vida das mulheres atingidas. Pode ser clínico ou cirúrgico, ou ainda a combinação desses. A eficácia dos tratamentos tem sido medida por avaliações de melhora da dor e taxas de fertilidade.

O tratamento clínico objetiva proporcionar a diminuição da dor causada pela endometriose, além de colaborar na prevenção ou prolongar o desenvolvimento da patologia. Tem foco na manipulação hormonal com intuito de produzir pseudogravidez, pseudomenopausa ou anovulação crônica, criando um ambiente inadequado para o crescimento e manutenção dos implantes da endometriose. Pode utilizar de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais, analgésicos e alguns tratamentos clínicos complementares como: acupuntura, eletroterapia, exercícios físicos, mudanças de estilo de vida, acompanhamento psicológico e fisioterapia. Todos os tratamentos hormonais quer sejam com ACO, progestágenos, danazol ou análogos do GnRH, reduzem a dor atribuída à endometriose, se comparados ao placebo, e são igualmente efetivos quando comparados entre eles. Para o grupo de mulheres com infertilidade, não se justifica o tratamento hormonal com supressão da ovulação. Nesses casos, quando a infertilidade é secundária à endometriose em estágios I e II, o tratamento cirúrgico, com cauterização dos focos, mostrou-se eficaz. **ACOs** devem ser considerados no tratamento empírico, de escolha da endometriose em mulheres com sintomas mínimos ou leves e exame físico sugestivos nas quais foram descartadas outras doenças relacionadas à dor pélvica. Esse tratamento produz retardo na progressão da doença e anticoncepção nos casos que a gravidez não é desejada. **Danazol demonstrou ser capaz de reduzir dor pélvica, dor para evacuar e dor lombar em pacientes com endometriose**, com benefício mantido mesmo após 6 meses da descontinuação do tratamento. **Análogos do GnRH**, (goserrelina, leuprorelina e triptorelina) hormônio gonadotrófico,

produzido na hipófise que estimula a produção de hormônios sexuais. **Estão disponíveis no SUS por meio do CEAf conforme PCDT da endometriose.** Seu uso **proporcionam mecanismo de feedback negativo na hipófise, com supressão da produção de hormônios sexuais (estrógeno e testosterona).** Independente da droga, os análogos do GnRH, **apresentam eficácia e efetividade similares.** Têm **indicação de uso na endometriose com sintomas moderados a graves em mulheres que não obtiveram melhora da dor com outros tratamentos (progestágenos, ACO, danazol)** e como droga complementar a cirurgia para a forma grave da doença. **A Febrasco considera que são medicações adjuvantes para controle da dor, que, apesar de apresentarem bons resultados em estudos clínicos, não têm sido amplamente utilizadas na prática clínica em razão dos efeitos colaterais, assim como danazol e inibidores da aromatase.**

Estando a **goserrelina** indicada no PCDT da endometriose no SUS , conclui-se que o **tratamento requerido não é de procedimento diverso, quanto a imprescindibilidade, substituição ou não pelo NATJUS, mas trata-se de tratamento disponível no SUS e havendo necessidade de melhor articulação de fluxos pelo gestor local para sua realização.**

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1. Bassi MA, Podgaec S, Dias Júnior JA, Sobrado CW; Amico Filho N Abrão MS. Endometriose intestinal: uma doença benigna? Rev Assoc Med Bras 2009; 55(5). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n5/29.pdf>.
2. Ministério da Saúde Portaria 879, de 12 de julho de 2016 Aprova Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Endometriose. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/02/Portaria-SAS-879-PCDT-Endometriose-12-07-2016-ATUALIZA----O.pdf>.
4. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, nº 78. São Paulo, 2021. 15p. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do->

[associado/Endometriose-2021.pdf](#)

5. Abrão MS, Neme RM, Averbach M. Endometriose do septo retovaginal: doença de diagnóstico e tratamento específicos. **Arq Gastroenterol.** 2003; 40(3):192-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ag/v40n3/v40n3a11.pdf>.

6. Furness S, Yap C, Farguhar C, Cheong Y. Pre and post-operative medical therapy for endometriosis surgery. **Cochrane Database of Syst Rev.** 2004; Issue Issue 3. Art. No.: CD003678. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984629/pdf/CD003678.pdf>.

7. Brown J, Farguhar C. Endometriosis: na overview of Cochrane Reviews. **Cochrane Database Syst Rev.** 2014, Issue 3. Art. No.: CD009590 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6984415/pdf/CD009590.pdf>

8. New EP, Mikhail E. A narrative review of using GnRH analogues to reduce endometriosis recurrence after surgery: a double-edged sword. **Gynecol Pelvic Med.** 2021;4:8. Disponível em: <https://gpm.amegroups.com/article/view/6728/pdf>

9. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2022. Brasília, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/20220128\\_rename\\_2022.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/20220128_rename_2022.pdf)

#### **V – DATA:**

09/11/2022 NATJUS – TJMG.