

NOTA TÉCNICA 3947

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ºJD Cível da Unidade Jurisdicional Única do JESP

COMARCA: Conselheiro Lafaiete

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003947

IDADE: 26 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 C62, E 26

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2006/0501/p1591.html>

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Câncer de testículo bilateral e disfunção testicular

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 70.890

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Em pesquisas ao banco de dados do NATJUS, verifiquei que a Terapia de reposição de testosterona é segura e eficaz. Entretanto, verifiquei também que há um estudo técnico de um órgão chamando Centro Colaborador de Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde – CCATES do SUS, que concluiu que a "evidência é fraca a favor do uso da testosterona no tratamento de homens, considerados hipogonádicos, sendo necessário mais estudos que incrementem o nível de conhecimento sobre o tema, para que seja possível estabelecer uma recomendação mais plausível sobre o uso da TRT". Diante de tais premissas, pergunto: 1) Em virtude do quadro clínico do Requerente, especialmente pela realização de Orquiectomias em 2015 e em 2019, pode se concluir que o tratamento de reposição de testosterona através do fármaco prescrito (Deposteron) em benefício do paciente é IMPRESCINDÍVEL? 2) Qual a prescrição medicamentosa, dentre as alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS, é a indicação para o tratamento adequado do hipogonadismo causado por CA de testículos e orquiectomia enfrentada pelo Requerente? 3) Qual o ente responsável pelo fornecimento do medicamento: município, Estado ou União? 4) Há

alternativa medicamentosa mais viável economicamente para os cofres públicos e com o mesmo grau de eficácia?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, datada de 08/03/2023, trata-se de BDAS, **26 anos, com diagnóstico de CA de testículo bilateral**. Submetido à **orquiectomia D em 2015 e à E em 2019, evoluindo para hipogonadismo**. Portanto, paciente **sem produção de testosterona endógena necessitando de terapia de reposição de testosterona contínua com deposteron 200mg/2ml IM, ou Undecilato de testosterona, Durateston**. **A ausência da medicação pode gerar alterações endócrinas e prostação; aumenta riscos cardiovasculares e de desmineralização óssea, sendo indispensável para garantir a boa saúde ao paciente**. Teve negativa do fornecimento do mesmo, pela **Secretaria do Estado de Minas Gerais, por não estar contemplado** no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde em 01/12/2022.

A deficiência de hormônio gonadotrófico (DGH), conhecida como hipopituitarismo, pode ser congênita ou adquirida. As causas congênitas são menos comuns e podem ou não estar associadas a defeitos anatômicos. **A DGH ocorre de maneira isolada ou em associação a outras deficiências de hormônios hipofisários** pode ser decorrente de duas situações: **persistência da DGH iniciada na infância; presença de lesão da região hipotálamo-hipofisária** (tumor, irradiação da região craniana, trauma, doença inflamatória ou infecciosa da região hipotálamo-hipofisária) **surgida na vida adulta, tratamento cirúrgico de lesões hipofisárias e infarto hipofisário**. **Nos adultos com DGH, as principais consequências são dislipidemia, maior risco cardiovascular, baixa mineralização óssea e fraqueza muscular**. O risco cardiovascular aumenta pela aceleração da aterosclerose e pelas alterações metabólicas, com altos níveis do colesterol total e do colesterol-LDL, níveis baixos de colesterol-HDL associados à resistência à insulina e aumento da proteína C

reativa. Independentemente da faixa etária, a não correção do déficit hormonal leva à deposição de gordura abdominal e à diminuição da massa magra em relação à massa gorda. O hipogonadismo masculino decorre da deficiência androgênica. É classificado em 4 formas: **primárias, causadas por insuficiência testicular**; secundárias, causadas por disfunções hipotalâmicas-hipofisárias; hipogonadismo de início tardio; hipogonadismo devido à insensibilidade dos receptores androgênicos. Em qualquer das formas **pode afetar negativamente as funções de múltiplos órgãos e a qualidade de vida. O primário, se manifesta nos testículos**, enquanto o secundário apresenta uma produção deficiente por conta da insuficiência da secreção de gonadotrofinas, gerando uma perturbação hipotalâmica ou hipofisária. **Os androgênios desenvolvem um papel crucial no desenvolvimento e na manutenção das funções reprodutivas e sexuais do homem.** Baixos níveis de androgênios circulantes **podem causar distúrbios no desenvolvimento sexual masculino, resultando em anormalidades congênitas do trato reprodutivo. Com o avançar da idade; pode causar redução da fertilidade; disfunção sexual; declínio da força muscular e diminuição de massa; menor mineralização óssea, distúrbio do metabolismo lipídico e disfunção cognitiva; falta de concentração e comprometimento da capacidade intelectual; perda de pelos; ganho de peso à custa de gordura; irritabilidade e insônia. Pode levar à síndrome metabólica e ocasionar um conjunto de consequências que aumentam o risco de derrames, diabetes tipo 2 e problemas cardíacos.**

Entretanto, **normalmente os níveis de testosterona decrescem com o processo do envelhecimento, assim sinais e sintomas causados neste processo de envelhecimento podem ser considerados normais.** Com a idade, um declínio anual de 0,4-2,0% de testosterona circulante tem sido relatado em 6% dos homens de meia-idade, sendo mais **prevalente em homens idosos, obesos, com múltiplas comorbidades e estado de saúde precário.** Porém, **baixos níveis de testosterona também se**

associam a doenças crônicas severas e pacientes sintomáticos podem se beneficiar com a terapia de reposição de testosterona. Na forma hipotalâmica-hipofisária o diagnóstico é tipicamente realizado durante a segunda ou terceira década de vida, quando os indivíduos afetados apresentam-se com retardo do desenvolvimento puberal. Os pacientes apresentam, em geral, estatura normal ou alta com proporções eunucoides devido ao atraso no fechamento das epífises ósseas, secundário à deficiência de esteroides sexuais, e consequente crescimento linear contínuo dos ossos longos. O fenótipo reprodutivo pode variar de hipogonadismo parcial a completo, com testículos de tamanho reduzido para a idade, micropênis e escassez de pelos corporais. Criptorquidismo unilateral ou bilateral é um achado frequente. A pubarca pode ocorrer espontaneamente, porém costuma ter desenvolvimento parcial ou tardio. Ginecomastia não é frequente, porém sua incidência pode aumentar com o início da reposição de testosterona. **Disfunção sexual, declínio da força muscular, menor mineralização óssea, distúrbio do metabolismo lipídico e disfunção cognitiva também são observados.**

O diagnóstico do hipogonadismo masculino é baseado nos sintomas e sinais clínicos de deficiência androgênica (testículos pequenos, ginecomastia, pêlos faciais e corporais esparsos, infertilidade, baixa densidade óssea, sarcopenia, atividade/desejo sexual diminuído) associados a baixos níveis séricos de testosterona. A comprovação da DGH iniciada na vida adulta requer, além de níveis baixos de IGF-1 para a idade, a realização de um teste de estímulo, especialmente na presença de outras deficiências de hormônios hipofisários, história de cirurgia ou traumatismo cranianos, doença com prejuízo estrutural do hipotálamo ou hipófise. Considera-se deficiência valores de GH no estímulo < 5 ng/mL e deficiência grave concentração de GH inferior a 3 ng/mL, mas há sugestão de ponto de corte diverso para gravidade dependendo do estímulo (insulina < 5 ng/mL; glucagon < 3 ng/mL). O paciente com DGH adulto normalmente apresenta sintomas de deficiência, como

dislipidemia, osteoporose, adiposidade abdominal e astenia. A dosagem de somatomedina-C (insulin-like growth factor 1 – IGF-1) é relevante, mas tem baixa especificidade isoladamente. Outros exames envolvem a dosagem de IGF-1, glicemia, hormônio estimulante da tireoide (TSH) e tiroxina (T4) total ou livre e demais exames do eixo hipofisário como dosagem de testosterona; testes para GH com datas e estímulos diferentes com valores de pico de GH < 5 ng/mL. Também deve ser realizada o estudo de imagem com a ressonância nuclear magnética (RNM) da região hipotálamo-hipofisária pode buscar alterações anatômicas auxiliares no diagnóstico (transecção de haste hipofisária, neuro-hipófise ectópica, hipoplasia de hipófise, lesões expansivas selares ou displasia septo-óptica). A densitometria óssea; perfil lipídico: colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos séricos também fazem parte dos exames utilizados para o diagnóstico de pan-hipopituitarismo. Para o hipogonadismo masculino os sintomas e sinais clínicos de deficiência androgênica, associados a baixos níveis séricos de testosterona. A Associação Internacional de Andrologia, Sociedade Internacional para o Estudo do Envelhecimento Masculino, Associação Europeia de Urologia, Academia Europeia de Andrologia e Associação Americana de Andrologia (ISA, ISSAM, EAU, EAA, ASA) propõem 230 ng/dL como sendo o limite inferior da concentração sérica total de testosterona. Já a Sociedade Endócrina e a Associação Americana de Endocrinologia Clínica (AACE), sugerem valores entre, 300 ng/dL e 200 ng/dL, respectivamente

Adultos com deficiência de testosterona estabelecida podem se beneficiar da terapia de reposição (TRT). A TRT objetiva restabelecer os níveis fisiológicos possíveis de testosterona e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento reduz o curso da osteopenia, perda de massa muscular, instabilidade vasomotora, perda de libido, insônia, baixa concentração, depressão e ocasionalmente disfunção erétil. Seus efeitos na doença coronariana não são bem compreendidos. Alguns estudos demonstram que doses fisiológicas de reposição geram

alguma melhora na função cardiovascular. Superdoses podem levar à insuficiência cardíaca, aumento do risco de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Doses insuficientes resultam em redução de sensibilidade à insulina, piora dos níveis séricos lipídicos e aumento da gordura abdominal. Assim não há uma definição para uso de TRT nestas condições e as vantagens do seu uso devem ser ponderadas com o possível aumento do risco cardiovascular para cada paciente pesando o risco x benefício, queixas, qualidade de vida e todas possibilidades terapêuticas para que se possa indicar o tratamento com mais segurança, embora haja trabalhos que demonstrem melhora do fluxo sanguíneo das coronárias com queda do risco de doença coronariana. Antes do início da reposição de testosterona, o câncer de próstata precisa ser excluído, sendo recomendado exame retal digital, a medição do antígeno específico da próstata sérica (PSA) e, em alguns casos, o encaminhamento para um urologista, particular, em homens de meia-idade e idosos. Durante a reposição de testosterona, devem ser realizadas medições repetidas de PSA (mais frequentes em homens de meia-idade ou idosos). O aumento do risco de policitemia e de apneia do sono também deve ser considerado. Quando a fertilidade não é desejada ou importante para o paciente, a reposição é realizada com testosterona sem maiores problemas.

Em pacientes com hipogonadismo secundário, antiestrogênicos, estimulação hormonal com HCG e FSH ou GnRH podem restabelecer a produção de testosterona. Está indicada para homens adultos com múltiplos e consistentes sinais e sintomas de hipogonadismo, associados a baixo nível de testosterona; hipopituitarismo, atraso puberal (idiopático, síndrome de Kallmann); Síndrome de Klinefelter com hipogonadismo; insuficiência testicular e hipogonadismo sintomático; fraqueza muscular e baixa densidade óssea no hipogonadismo, sendo os seguintes graus de recomendações (GR):

- paciente deve ser devidamente informado sobre os benefícios esperados e

os efeitos adversos de cada opção terapêutica. A seleção da apresentação deve ser conjunta entre médico e paciente. GR A.

- uso de reparações de curta ação podem ser preferidas inicialmente em relação às administrações de longa ação quando se começa o tratamento. Os pacientes podem mudar para depósitos de longa ação se preferirem e se seus efeitos adversos forem mínimos ou ausentes. GR B.

- tratamento com gonadotropina coriônica humana só pode ser recomendado para pacientes hipogonádicos que estão recebendo tratamento para fertilidade simultaneamente. GR B.

A TRT é segura e efetiva. A forma ideal de reposição deve contemplar características de segurança, conveniência, liberação adequada da substância com princípio ativo, flexibilidade de doses e eficácia. As formas de TRT diferem em vários aspectos, que incluem perfil de segurança, via de administração, dosagem, intervalo de uso e formulação dos agentes disponíveis. Assim temos apresentação oral, intramuscular, adesivos e gel transdérmicos, todos com o mesmo efeito. Os protocolos recomendam preferência aos ésteres de testosterona (enantato, propionato ou undecilato, ou mistura de ésteres; enantato ou cipionato), sob preparação de depósito para administração por via intramuscular, ou implantes, porém todas as preparações são eficazes e seguras. Os riscos da TRT envolvem a piora do quadro de hiperplasia prostática benigna, policitemia, a aceleração de câncer preexistente, exacerbação da apnéia do sono e falha cardíaca congestiva; aumento do risco de toxicidade hepática e tumores; ginecomastia, atrofia testicular e infertilidade; acne, pele oleosa e queda de cabelo. As formulações de testosterona para TRT são disponíveis nas apresentações oral, intramuscular, adesivo e gel transdérmicos com destaque para as de curta ação (cipionato, enantato, propionato e associação de ésteres de testosterona) ou de longa ação (undecilato). As injeções intramusculares têm sido, por muito tempo, a modalidade preferida para a TRT. As formulações de depósito

permitted periods of up to 12 weeks between injections. In general, with the formulations not of deposit, it starts with a dose of 75mg every 2 weeks, with progressive increase up to a dose of 200mg every 2 weeks. The Cypionate of testosterone Intramuscular (Deposteron), oily solution, is administered as an injection every two or three weeks. Being a preparation of short action, it allows its withdrawal in case of adverse effects. It can occur a fluctuation of testosterone levels and has the disadvantage of producing supra and subphysiological levels of testosterone in the serum. **A large variation of serum testosterone concentrations can cause secondary effects, such as polycythemia and gynecomastia.** The Undecylate of testosterone intramuscular (Hormus) is administered every 10-14 weeks. It allows stabilization of testosterone levels without fluctuations. As it is a preparation of long action, it cannot be withdrawn in case of adverse effects. **It has the advantage of not presenting supra or subphysiological serum levels after its use.**

Second evaluation of the SUS Collaborating Center of SUS Evaluation of Technologies and Excellence in Health (CCATES) there is a lack of standardization in the definition of the critical serum concentration for the diagnosis of hypogonadism. Besides this, the evidence of the studies available regarding the efficacy of TRT use, demonstrates that there is no adequate dosing and no initial testosterone dose well defined for TRT. Thus, the CCATES considers weak evidence in favor of the use of testosterone in the treatment of hypogonadic men. It considers it necessary to have more studies that increment the level of knowledge on the topic, so that it is possible to establish a recommendation more plausible about the use of TRT. In the Unique Health System (SUS) there are no Clinical Protocols and Therapeutic Guidelines (PCDT) of hypogonadism hypogonadotropic. The SBU recommends its use in cases of hypogonadism hypogonadotropic.

The testosterone is available in the SUS through the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF) for the treatment of

pacientes que atendem aos critérios estabelecidos pelos PCDT da Deficiência do Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo e da Síndrome de Turner, publicados em 2018 e também na transexualização, conforme portaria do Ministério da Saúde de 2014.

Conclusão: 26 anos, com diagnóstico de CA de testículo bilateral. Submetido à orquiectomia D em 2015 e à E em 2019, evoluindo para hipogonadismo. Portanto, paciente sem produção de testosterona endógena necessitando de terapia de reposição de testosterona contínua com deposteron 200mg/2ml IM, ou Undecilato de testosterona, Durateston. A ausência da medicação pode gerar alterações endócrinas e prostação; aumenta riscos cardiovasculares e de desmineralização óssea, sendo indispensável para garantir a boa saúde ao paciente. Teve negativa do fornecimento do mesmo, pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, por não estar contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde em 01/12/2022.

Os androgênios desenvolvem papel crucial no desenvolvimento e na manutenção das funções reprodutivas e sexuais do homem. Baixos níveis de androgênios circulantes podem causar distúrbios no desenvolvimento sexual masculino, resultando em anormalidades congênitas do trato reprodutivo. Com a idade é comum aparecimento dos seus sintomas. O hipogonadismo hipogonadotrófico masculino primário é causado por insuficiência testicular se manifesta nos testículos. Pode afetar negativamente as funções de múltiplos órgãos e a qualidade de vida. Os androgênios desenvolvem um papel crucial no desenvolvimento e na manutenção das funções reprodutivas e sexuais do homem. Baixos níveis de androgênios circulantes podem causar distúrbios no desenvolvimento sexual masculino, resultando em anormalidades congênitas do trato reprodutivo. Com o avançar da idade; pode causar redução da fertilidade; disfunção sexual; declínio da força muscular e diminuição de massa; menor mineralização

óssea, distúrbio do metabolismo lipídico e disfunção cognitiva; falta de concentração e comprometimento da capacidade intelectual; perda de pelos; ganho de peso à custa de gordura; irritabilidade e insônia. Pode levar à síndrome metabólica e ocasionar um conjunto de consequências que aumentam o risco de derrames, diabetes tipo 2 e problemas cardíacos.

Seu diagnóstico é tipicamente realizado quando após a cirurgia os indivíduos afetados apresentam-se com baixos níveis séricos de testosterona e redução da fertilidade; disfunção sexual; declínio da força muscular e diminuição de massa; menor mineralização óssea, distúrbio do metabolismo lipídico e disfunção cognitiva; falta de concentração e comprometimento da capacidade intelectual; perda de pelos; ganho de peso à custa de gordura; irritabilidade e insônia. Pode levar à síndrome metabólica com um conjunto de consequências que aumentam o risco de derrames, diabetes tipo 2 e problemas cardíacos.

Há falta de padronização na definição da concentração sérica crítica para o diagnóstico de hipogonadismo. Com o avançar da idade sinais e sintomas causados no processo de envelhecimento podem ser considerados normais. Entretanto, a terapêutica de reposição androgênica TRT no hipopituitarismo hipogonadotrófico objetiva restabelecer os níveis fisiológicos de testosterona possível e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Tem indicação para pacientes homens adultos com múltiplos e consistentes sinais e sintomas de hipogonadismo, associados a baixo nível de testosterona e hipopituitarismo como neste caso. Antes do início da reposição de testosterona, o câncer de próstata precisa ser excluído. O aumento do risco de policitemia e de apneia do sono também deve ser considerado. A TRT tem sido considerada segura e efetiva.

A forma ideal de reposição deve contemplar características de segurança, conveniência, liberação adequada da substância com princípio ativo, flexibilidade de doses e eficácia, e as formulações

assim diferem em vários aspectos, que incluem **perfil de segurança, via de administração, dosagem, intervalo de uso e apresentação**. As **formulações de apresentação disponíveis são oral, intramuscular, adesivo e gel transdérmico, todas com o mesmo efeito**. A **formulação intramuscular é o cipionato de testosterona (Deposteron)**, solução injetável oleosa, administrado a cada duas ou três semanas. Sendo uma preparação de curta ação, permite sua retirada em caso de efeitos adversos. Com seu uso pode ocorrer flutuação dos níveis de testosterona e com níveis supra e subfisiológicos da testosterona sérica. A **grande variação das concentrações séricas de testosterona pode ocasionar efeitos secundários, entre eles a policitemia e a ginecomastia**. No SUS não há PCDT para hipopituitarismo hipogonadotrófico e nem oferta de TRT para estes casos conforme o CCATES a evidência é fraca a favor do uso da testosterona no tratamento de homens, considerados hipogonádicos, com disfunção sexual. Entretanto a SBU, recomenda seu uso em casos de hipogonadismo hipogonadotrófico que inclui o caso em tela.

Esta droga está disponível no SUS por meio do CEAF para tratamento dos **pacientes que atendem aos critérios estabelecidos pelos PCDT da Deficiência do Hormônio do Crescimento - Hipopituitarismo e da Síndrome de Turner, publicados em 2018 e também na transexualização, conforme portaria do Ministério da Saúde de 2014**. Assim, considerando-se o caso descrito, paciente masculino, jovem, pós tratamento de Ca de testículo, cursando com sintomas hipogonádicos que leva a deteriorização da sua saúde e qualidade de vida e a liberação da referida droga na transexualização há viabilidade de sua disponibilização pelo SUS ao caso em tela.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria conjunta nº 28, de 30 de novembro de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

da Deficiência do Hormônio de Crescimento - Hipopituitarismo. Brasília, 2018. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/14/PCDT-Deficiencia-do-Hormonio-de-Crescimento-Hipopituitarismo.pdf>.

2) Faculdade de Farmácia UFMG Centro Colaborador do SUS Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde - CCATES. Parecer Técnico científico PTC 08/2014. Eficácia e segurança da testosterona no tratamento de disfunção sexual masculina . Belo Horizonte, 2014. 36p. Disponível em: http://www.ccates.org.br/content/_pdf/PUB_1407939064.pdf.

3) Dohle GR, Arver S, Bettocchi C, Kliesch S, Punab M, de Ronde W. Diretrizes para o hipogonadismo masculino. **European Association of Urology – EAU Guidelines on Men’s Health. Pocket.** 2012; 208-22. Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Male-Hypogonadism-2012-pocket-portuguese.pdf>.

4) Alves M, Neves C, Medina JL. Diagnóstico e Tratamento do Hipogonadismo Masculino Tardio. **Arq Med.** 2010; 24(1):13-22. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v24n1/v24n1a03.pdf>.

5) Tusset C, Trarbach EB, Silveira LFG, Beneduzzi D, Montenegro L, Latronico AC. Aspectos clínicos e moleculares do hipogonadismo hipogonadotrófico isolado congênito. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2011; 55(8): 501-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n8/02.pdf>.

6) Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 11, de 5 de Maio de 2014. Torna pública a decisão de incorporar os procedimentos relativos ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde -SUS: mastectomia simples bilateral; histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia; cirurgias complementares de redesignação sexual; administração hormonal de testosterona e acompanhamento de usuários no processo transexualizador apenas para tratamento clínico. Disponível em:

<http://antigo-conitec.saude.gov.br/images/Incorporados/ProcessoTransexualizador-FINAL.pdf>

7) Sociedade Brasileira de Urologia - SBU. Recomendações em Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM) 2017. Editores Bertero EB, Júnior AN. 1ª ed. São Paulo: SBU, 2017. 49p. Disponível em: <https://docplayer.com.br/55993602-Sociedade-brasileira-de-urologia-recomenda-coe=em-disturbio-androgenico-do-envelhecimento-masculino-daem-2017.html>.

8) Petering RC Brooks NA. Testosterone therapy: review of clinical applications. American Family Physicians. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1001/p441.html#testosterone-replacement-for-male-hypogonadism>

9) Margo K, Winn R. Testosterone treatments: why, when, and how? **Am Fam Physician** 2006;73:1591–8. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2006/0501/p1591.html>

V – DATA:

20/12/2023

NATJUS – TJMG