



SEÇÃO JUDICIÁRIA DE SÃO PAULO
Rua Peixoto Gomide, 768 - Bairro Jardim Paulista - CEP 01409-903 - São Paulo - SP - www.jfsp.jus.br

NOTA TÉCNICA NI CLISP 28/2026



JUSTIÇA FEDERAL



CENTRO LOCAL
DE INTELIGÊNCIA
JUSTIÇA FEDERAL
EM SÃO PAULO

CENTRO DE INTELIGÊNCIA DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DE SÃO PAULO - CLISP

Nota técnica n. 28/2026 - CLISP

MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

Assunto: Medicamentos Oncológicos

Relator: Juiz Federal Gabriel Hillen Albernaz Andrade

Revisores: Juízes Federais Fernando Caldas Bivar Neto e Anita Villani



I. INTRODUÇÃO

Os problemas e disfunções da concessão judicial de medicamentos são questão posta e conhecida na prática judiciária brasileira, sendo objeto de ações do Poder Executivo, de estudos judiciais e de decisões, proferidas em primeira, segunda e em instâncias superiores. O tratamento judicial da questão culminou com o julgamento dos Temas n. 6, 500 e 1.234 da Repercussão Geral do Supremo Tribunal Federal. As teses firmaram a competência para julgamento de pedidos de concessão de medicamentos e os requisitos necessários à sua concessão, tratando de cenários de ausência de registro, de autorizações de importação, e de incorporação ou não incorporação do fármaco às políticas do SUS, estabilizando em grande medida as discussões travadas até então.

Entretanto, a despeito do esforço envidado pelo Supremo Tribunal Federal na racionalização da prestação jurisdicional em matéria de concessão judicial de medicamentos, os requisitos estabelecidos nos Temas da Repercussão

Geral citados não foram capazes de capturar em sua inteireza as nuances da assistência farmacêutica oncológica, que possui particularidades que não foram adjudicadas pela Suprema Corte. Cita-se, em especial, a questão da estrutura de atendimento oncológica do SUS, com afunilamento do atendimento clínico de casos de câncer para os Centros e Unidades de Alta Complexidade em oncologia, bem como a relativa autonomia que o corpo clínico destes hospitais possui na estruturação do plano de tratamento dispensado a cada paciente atendido, pontos que geram consequências concretas para a análise de pedidos judiciais de concessão de medicamentos desta natureza.

Estas peculiaridades do esquema público de financiamento e dispensação de medicamentos oncológicos se aprofundaram com a publicação, após o julgamento dos Temas n. 6, 500 e 1.234 da Repercussão Geral, da Portaria GM/MS n. 8.477 de 20 de outubro de 2025, que instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia - AF-ONCO no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Portaria modificou as regras até então vigentes sobre a incorporação de medicamentos oncológicos ao Sistema Único de Saúde, passando a prever que estes farão parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME. A Portaria modificou também o paradigma da autonomia do corpo clínico das Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia na decisão das linhas de tratamento oncológico de pacientes atendidos, com reflexos concretos sobre os requisitos para a concessão judicial do medicamento oncológico, como será visto adiante.

Deve ser destacado que as dúvidas surgidas destas particularidades da estrutura pública de atendimento oncológico não são irrelevantes, uma vez que os pedidos de medicamentos desta natureza compõem, nos Núcleos Especializados de Saúde instituídos na 3ª Região, mais da metade dos processos distribuídos. Entende-se que este quadro aconselha que o Centro de Inteligência dispense, no esforço de esclarecer pontos controvertidos sobre a judicialização da saúde, atenção à matéria.

Assim, a presente Nota Técnica tem por escopo integrar os estudos realizados pelo Centro Local de Inteligência da Seção Judiciária de São Paulo, que resultaram nas Notas Técnicas NI n. 25/2025 e 26/2026, tratando especificamente das dificuldades surgidas no contexto de pedidos de concessão de medicamentos oncológicos.

II. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Inicialmente, à vista da especificidade da regulamentação envolvendo a questão da dispensação de medicamentos oncológicos, considera-se pertinente delimitar alguns dos termos técnicos pertinentes a esta Nota Técnica:

i) PNPCC - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer: política pública instituída pela Portaria n. 874 de 16.05.2013 do Ministério da Saúde e pela Lei n. 14.758/2023, que envolve prevenção do câncer, sua detecção precoce, tratamento, cuidados paliativos de pacientes, pesquisa e monitoramento, coordenação intersetorial e participação comunitária. Entre seus princípios e diretrizes estão ações intersetoriais com a identificação e a intervenção nos determinantes do câncer, promovendo saúde e qualidade de vida através de ações conjuntas entre o governo e a sociedade civil.

ii) AF-Onco: Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia, estratégia integrante do Sistema Único de Saúde para organização do acesso a medicamentos oncológicos, com escopo de garantir a integralidade do tratamento medicamentoso na atenção oncológica a partir do estabelecido nas linhas de cuidado priorizadas por meio dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT e outros tipos de protocolos e diretrizes clínico-assistenciais do Ministério da Saúde, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC.

iii) Medicamento oncológico: todo fármaco utilizado no tratamento do câncer com mecanismos de ação que envolvam efeitos citotóxicos diretos sobre células tumorais, a inibição de sua proliferação ou a modificação do microambiente tumoral, reduzindo as condições favoráveis à progressão da doença.

iv) DDT – Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas: documentos baseados em evidência científica que visam nortear as melhores condutas na área da Oncologia. A principal diferença em relação aos PCDT é que, por conta do sistema diferenciado de financiamento dos procedimentos e tratamentos em oncologia, este documento não se restringe às tecnologias incorporadas no SUS, mas sim ao que pode ser oferecido ao paciente, considerando o financiamento repassado aos centros de atenção e a autonomia destes na escolha da melhor opção para cada situação clínica.

III. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL.

O Supremo Tribunal Federal definiu, no julgamento do Tema n. 1.234, os critérios de fixação de

competência para julgamento de processos envolvendo concessão judicial de medicamentos, afastando o paradigma da solidariedade estabelecido no Tema n. 793 da Repercussão Geral e instituindo esquema de legitimidade passiva disjuntiva, tomando como parâmetros de fixação a existência ou não de registro do medicamento, sua incorporação ou não ao sistema público de saúde[1], e o valor anual do tratamento pleiteado.

As regras de fixação de competência estabelecidas pelo Supremo Tribunal Federal no Tema 1.234 se aplicam inteiramente aos pedidos de concessão de medicamentos oncológicos. A ausência de registro do medicamento requerido atrai a competência da Justiça Federal, assim como sua não incorporação ao SUS, nas hipóteses em que o valor anual do tratamento pleiteado superar duzentos e dez salários-mínimos, observado o PMVG com incidência de ICMS em alíquota zero.

A única peculiaridade do regime da assistência farmacêutica oncológica, no que se refere à competência para julgamento de processos, se relaciona aos medicamentos efetivamente incorporados ao Sistema Único de Saúde. Isto porque a Portaria GM/MS n. 8.477 de 20 de outubro de 2025, ao instituir um novo componente da assistência farmacêutica, passou ao largo dos tradicionais componentes especializado (CEAF) e estratégico da assistência farmacêutica (CESAF), a partir dos quais a competência da Justiça Federal era fixada para medicamentos incorporados.

Não obstante, a própria Portaria faz remissão ao CEAF, afirmando que os medicamentos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde se equiparariam ao Grupo 1A do CEAF, atraindo a competência da Justiça Federal, enquanto os medicamentos de negociação nacional e de aquisição descentralizada se equiparariam ao Grupo 1B do CEAF, sendo os pedidos judiciais de sua concessão de competência da Justiça Estadual[2]. A Portaria segue, assim, a lógica dos critérios de fixação de competência utilizados para o CEAF, uma vez que os medicamentos do seu Grupo 1A, que atraem a competência da Justiça Federal, são justamente aqueles cujo financiamento e aquisição são feitos diretamente pelo Ministério da Saúde, enquanto o Grupo 1B é integrado por medicamentos cujo financiamento é feito pela União mas a aquisição é realizada diretamente pelos Estados, assim como os medicamentos de negociação nacional do AF-Onco[3].

Essa repartição de competências entre Justiça Federal e Justiça Estadual foi objeto de acordo interfederativo homologado pelo Supremo Tribunal Federal, incluindo-se o item 6.2 à tese vinculante do Tema 1.234 da Repercussão Geral, nos seguintes moldes:

6.2) A competência jurisdicional, quanto às demandas referentes aos fármacos para tratamento oncológico incorporados no SUS:

I - será da Justiça Federal para os medicamentos oncológicos de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde, aplicando-se o fluxo administrativo e judicial detalhado no Anexo I relativos aos medicamentos incluídos no Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e

II - será da Justiça Estadual para os medicamentos oncológicos de negociação nacional, bem ainda aqueles de aquisição descentralizada, aplicando-se o fluxo administrativo e judicial detalhado no Anexo I relativos aos medicamentos incluídos no Grupo 1B do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”.

Ressalte-se, no entanto, ter havido modulação de efeitos dos ajustes fixados no mencionado item 6.2, sendo-lhe atribuída eficácia *ex nunc* a contar de 22.10.2025.

Desse modo, os efeitos vinculantes da tese quanto à competência jurisdicional são obrigatórios relativamente às ações propostas após 22.10.2025, sendo as demandas anteriores reguladas pelos critérios gerais anteriormente previstos.

A lista de medicamentos disponibilizados pelo Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) foi publicada pelo Ministério da Saúde no *link* a seguir e contém informações sobre aqueles de aquisição centralizada e descentralizada, facilitando, assim, a análise da competência jurisdicional (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/publicacoes/lista-de-medicamentos-oncologia.pdf/view>).

IV. REQUISITOS PARA A CONCESSÃO JUDICIAL DE MEDICAMENTOS

Firmados os critérios de fixação de competência para julgamento de pedidos de concessão de judicial de medicamentos oncológicos, passa-se a analisar os requisitos necessários à certificação do direito à obtenção dos fármacos em sede judicial.

Deve ser feita, aqui, uma remissão inicial à Nota Técnica CLISP 25/2025, que tratou de forma compreensiva

dos requisitos necessários à concessão judicial de medicamentos enquanto gênero, uma vez que há grande espaço de sobreposição entre os requisitos necessários à concessão de qualquer medicamento, como tratado na Nota Técnica n. 25, e os medicamentos oncológicos, que também se submetem às decisões vinculantes proferidas nos Temas 6, 500 e 1.234.

O que se pretende explorar nesta Nota são justamente as particularidades da assistência farmacêutica oncológica que se refletem sobre os requisitos necessários à sua concessão judicial. A análise se debruçará sobre a questão do papel dos Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia no tratamento medicamentoso de neoplasias malignas em âmbito público, e sobre o requisito da inexistência de alternativa terapêutica eficaz oferecida pelo Sistema Único de Saúde.

IV.1. Negativa de Fornecimento Administrativo e Submissão a Tratamento em Centros ou Unidades de Alta Complexidade.

No contexto da concretização do direito fundamental à Saúde, o Poder Executivo estabeleceu, pela Portaria n. 874 de 16.05.2013 do Ministério da Saúde a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer, posteriormente integrada e parcialmente derogada pelo Poder Legislativo com a edição da Lei n. 14.758/2023. Nestas normas se estabeleceu o modelo de cuidado integral do câncer, que engloba desde os programas e iniciativas para rastreamento e identificação precoce de neoplasias malignas até o atendimento clínico, terapêutico, medicamentoso, cirúrgico e psicológico da doença, bem como seu acompanhamento posterior, em caso de remissão.

A estruturação da rede de atendimento oncológico é composta pelo chamado Componente de Atenção Básica, que visa à efetivação de ações voltadas à prevenção e identificação diagnóstica de cânceres, e do Componente de Atenção Especializada, que “deve apoiar e complementar os serviços da atenção básica na investigação diagnóstica, no tratamento do câncer e na atenção às urgências relacionadas às intercorrências e à agudização da doença, garantindo-se, dessa forma, a integralidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde” (Portaria n. 874, art. 26, III).

O Componente da Atenção Especializada, por sua vez, é constituído pelo serviço de Atenção Ambulatorial, que realiza exames diagnósticos e tratamento de lesões precursoras, e a Atenção Hospitalar, composta por hospitais habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), responsáveis pelo oferecimento de tratamento especializado de alta complexidade para neoplasias com diagnóstico confirmado, incluindo-se aí seu aspecto farmacológico, com prescrição e dispensação de medicamentos (Portaria n. 874, art. 26, III, “a” e “b”).

O corpo clínico das Unidades e Centros de Alta Complexidade em Oncologia possuía autonomia relativa para determinar as linhas de tratamento aplicáveis a pacientes neoplásicos, com vinculação apenas a eventuais Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O esquema de financiamento das Unidades e Centros de Alta Complexidade permitia mesmo que estas prescrevessem a pacientes tratamentos não formalmente incorporados ao SUS, desde que sustentados por evidências científicas robustas de que se tratava da melhor opção para o quadro clínico apresentado.

Isto implicava dizer não apenas que o tratamento público de neoplasias malignas, incluindo-se aí a dispensação de medicamentos, devia ser feito necessariamente no âmbito das Unidades e Centros de Alta Complexidade, mas também que devia haver, em regra, diálogo e anuência do corpo clínico responsável pelo atendimento em âmbito público com eventuais desvios nas prescrições e linhas de tratamento até então estabelecidas.

Essa lógica de autonomia médica foi quebrada com a instituição da AF-Onco. A nova política prevê expressamente que os tratamentos farmacológicos disponibilizados no âmbito do SUS se limitarão aos medicamentos efetivamente incorporados ao Sistema e inseridos no RENAME, com um regime de transição no qual medicamentos previstos em PCDTs ou DDTs instituídos, bem como os esquemas terapêuticos “consagrados na prática clínica” serão inseridos no RENAME^[4]. Assim, o âmbito de autonomia médica na definição do esquema terapêutico concretamente aplicável ao paciente ficará restrito aos medicamentos efetivamente incorporados à política pública de enfrentamento do câncer.

Estas colocações são pertinentes por duas razões.

Em primeiro lugar, é muito comum que postulantes de medicamentos em âmbito judicial fundamentem sua pretensão em prescrições emitidas por médicos particulares, à margem das linhas de tratamento público, seja por não terem se inserido, absolutamente, ao sistema público de atendimento, sem jamais terem sido encaminhadas e atendidas em UNACON ou CACON, seja por terem se consultado, durante o tratamento junto às Unidades de Alta Complexidade, com outros médicos, que os prescreveram tratamentos distintos da linha pública.

A insubmissão à via comum de tratamento público de neoplasias, feita perante a estrutura de atenção hospitalar de alta complexidade – UNACONs e CACONs – firma presunção relativa de correção do ato administrativo

de indeferimento do pedido de fornecimento do medicamento, uma vez que não foi respeitado o procedimento estabelecido em norma para a prescrição e dispensação de medicação oncológica.

Essa presunção só pode ser afastada na hipótese em que a parte argua, fundamentadamente, a inadequação da linha de tratamento estabelecida para sua espécie de câncer – o que, naturalmente, só será possível na hipótese em que houver PCDT ou, ao menos, DDT estabelecido em âmbito público para enfrentamento de seu quadro clínico.

Isto porque, na hipótese em que a parte demonstre efetivamente que o PCDT instituído é inadequado para enfrentamento da doença, não há razão para que se exija sua inserção no sistema público, com atendimento em UNACON ou CACON, para submissão a um tratamento manifestamente inadequado a seu quadro oncológico. Entende-se, entretanto, que essa demonstração é difícilíssima, impondo ao autor um pesadíssimo ônus argumentativo, proporcional ao apuro técnico dos documentos que instituem os respectivos protocolos de atendimento, fruto de análises técnico-científicas feitas pela CONITEC[5].

Também é admissível que a parte fundamente sua pretensão de obtenção de medicamento em prescrição emitida por profissional particular nas hipóteses em que, tendo se inserido no sistema de Atenção Hospitalar de Alta Complexidade do SUS, houver esgotamento das possibilidades terapêuticas disponíveis, sem que o quadro oncológico tenha se resolvido satisfatoriamente. Nestas hipóteses entende-se que o esgotamento deve ser comprovado pelo autor, sendo necessário, em regra, apresentação de declaração do corpo clínico da UNACON ou CACON de referência, atestando-o.

Neste ponto surge a segunda razão para a relevância da necessidade de integração do paciente ao sistema de atendimento público, e da relativa autonomia do corpo clínico das Unidades e Centros de Alta Complexidade no delineamento do tratamento a ser dispensado a cada paciente.

Perceba-se que sob o regime de relativa autonomia médica dos profissionais das UNACONs ou CACONs há uma tensão potencial permanente entre o juízo do corpo clínico dos Centros e Unidades de Alta Complexidade e a opinião de médicos particulares sobre a linha de tratamento a ser adotada no caso concreto, mesmo nas hipóteses de esgotamento dos protocolos de tratamento oferecidos no sistema público.

Neste contexto, entende-se adequado e necessário que o corpo clínico vinculado à UNACON ou CACON responsável pelo tratamento do autor da ação se manifeste sobre a conveniência do tratamento proposto em sede judicial, com olhos não apenas em aspectos de sua eficácia, mas também de sua segurança. A análise de segurança do tratamento não pode ser feita isoladamente, devendo tomar em consideração o quadro clínico concreto do paciente, incluindo-se aí tratamentos pretéritos já realizados sob a supervisão médica da unidade de alta complexidade. Registre-se que já houve casos, na Terceira Região, em que medicamentos prescritos por médicos particulares foram rechaçados por médicos da UNACON de referência, por entenderem que não seria seguro administrá-los.

IV.2. Inexistência de alternativa terapêutica eficaz oferecida pelo Sistema Único de Saúde.

A inexistência de substituto terapêutico ao medicamento pleiteado judicialmente, incorporado ao SUS, é requisito citado em todos os Temas da Repercussão Geral referentes à concessão judicial de medicamentos, sendo exigido de forma expressa nos Temas n. 6, 500 e 1.234.

A razão subjacente à exigência é a observância e a preservação dos protocolos de tratamento padronizados do SUS. O processo de incorporação de medicamentos não atesta apenas sua segurança e a eficácia (Decreto n. 7.646 de 21 de dezembro de 2011, art. 3º, III), mas também a relação de custo-efetividade da tecnologia incorporada, de forma a preservar a sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde. Além disso, a incorporação se traduz, em muitos casos, em ganhos com economia de escala em compras, reduzindo o preço pago pelo medicamento.

Especificamente no que se refere aos medicamentos oncológicos, a exigência de inexistência de alternativa terapêutica disponível no sistema público leva à retomada da discussão sobre os PCDTs e DDTs instituídos para neoplasias específicas, e sobre a relativa autonomia do corpo clínico das UNACONs e CACONs na escolha da linha de tratamento a ser observada no caso concreto.

Havendo PCDTs ou DDTs instituídos para a neoplasia identificada, é ônus do autor demonstrar que o medicamento pleiteado não pode ser substituído pelos fármacos previstos nos protocolos ou diretrizes de tratamento. A delimitação desta substitutividade deve ser reconduzida ao próprio conceito de medicamento oncológico, ou seja, o que deve ser demonstrado é se o fármaco pleiteado é capaz de promover a inibição da proliferação de células tumorais, ou a modificação do microambiente tumoral, reduzindo as condições favoráveis à progressão da doença, de forma substancialmente superior às alternativas terapêuticas disponíveis no SUS.

Deve ser destacado que há uma área cinzenta sobre qual tipo de benefício clínico é suficiente para o perfazimento do requisito da não substitutividade. Pequenas diminuições na intensidade de efeitos colaterais ou

incrementos discretos na efetividade do tratamento da doença não serão, em geral, suficientes para que se afirme a inexistência de substituto terapêutico disponível no sistema público de atendimento. Não obstante, não há regra que delimite de forma objetiva o tipo ou a intensidade do avanço clínico que será suficiente para que se afaste a substitutividade do tratamento existente no sistema público, cabendo ao magistrado oficiante analisar os argumentos apresentados em cada caso, inclusive sob a perspectiva do custo-efetividade.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As peculiaridades do sistema de financiamento e dispensação de medicamentos oncológicos exigem que os magistrados as incorporem à análise de pedidos judiciais de sua concessão, tomando-as em consideração na análise dos critérios de fixação de competência para seu julgamento e aos requisitos necessários ao julgamento de procedência do pedido.

Na análise destas peculiaridades esta Nota Técnica destaca:

i) a necessidade de submissão de pacientes neoplásicos à estrutura de atendimento hospitalar de alta complexidade do SUS, responsável pela elaboração e execução de plano concreto de tratamento do câncer, incluindo-se aí a prescrição e dispensação de medicamentos, sob pena de se considerar correto o indeferimento administrativo de concessão do fármaco pleiteado;

ii) a possível exceção à regra de submissão ao atendimento público nas unidades de alta complexidade nas hipóteses em que haja demonstração concreta, no processo, de inadequação da linha de atendimento pública firmada em PCDTs, DDTs ou delineada pelo corpo clínico responsável pelo atendimento do autor;

iii) a absoluta necessidade de demonstração concreta de inexistência de substitutivo terapêutico existente nos protocolos de atendimento públicos, com atenção à zona cinzenta de incerteza sobre o tipo de incremento clínico que é suficiente para que se considere que os medicamentos disponibilizados pelo SUS não são capazes de substituir o tratamento requerido no processo, inclusive sob uma perspectiva de custo-efetividade;

iiii) a necessidade de diálogo com o corpo clínico das unidades de alta complexidade responsável pelo tratamento do autor, aconselhando-se a exigência de manifestação expressa e concreta dos médicos públicos sobre a linha de cuidado postulada no processo judicial.

VIII. ENCAMINHAMENTOS

Por fim, para viabilizar a análise das instâncias competentes acerca da presente Nota Técnica, o Centro Local de Inteligência da Justiça Federal de São Paulo delibera pela adoção das seguintes medidas:

a) Encaminhar esta Nota Técnica à Presidência do Tribunal Regional Federal da 3ª Região e à Comissão de Gestão das Ações de Direito da Saúde no âmbito da Justiça Federal da 3ª Região;

b) Compartilhar a presente Nota Técnica com o Centro Local de Inteligência da Seção Judiciária do Mato Grosso do Sul;

c) Remeter esta Nota Técnica ao Centro Nacional de Inteligência da Justiça Federal, com base no art. 11, inciso I, da Resolução CJF n. 499/2018, para os encaminhamentos que julgar adequados em âmbito nacional;

São Paulo, 09 de abril de 2026.

[1] A incorporação se dá nos termos da Portaria GM/MS n. 8.477 de 20 de outubro de 2025.

[2] Portaria GM/MS n. 8.477 de 20 de outubro de 2025, art. 30.

[3] Portaria GM/MS n. 8.477 de 20 de outubro de 2025, art. 10, I e II.

[4] Portaria GM/MS n. 8.477 de 20 de outubro de 2025, art. 3º, *caput* e §1º.

[5] As diretrizes metodológicas empregadas pelo Ministério da Saúde e pela CONITEC estão disponíveis em <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes-metodologicas-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-2020.pdf>. Acessado em 08.04.2026.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Hillen Albernaz Andrade, Juiz Federal Relator**, em 09/04/2026, às 09:38, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Caldas Bivar Neto, Juiz Federal Relator**, em 09/04/2026, às 09:56, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



Documento assinado eletronicamente por **Anita Villani, Juíza Federal**, em 09/04/2026, às 10:47, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.trf3.jus.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **12997013** e o código CRC **3208DD88**.