



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Agência de Fomento do Estado do Rio de Janeiro
Presidência

Diretoria de Suporte Operacional, Controladoria e Administração

DECISÃO SOBRE PEDIDOS DE IMPUGNAÇÃO

PREGÃO ELETRÔNICO AGERIO Nº 004/2025- SEI-220002/000257/2025

Ao Senhor Pregoeiro Rodrigo Santana de Almeida- AGERIO/GERCLA,

1. Considerando o recebimento os **Pedidos de Impugnação nºs 1** [REDACTED] [REDACTED] (IDs SEI 105354972 e 105355030) e **2** [REDACTED] [REDACTED] (IDs SEI 105371924, 105372743 e 105372242) ao **Edital de Pregão Eletrônico AgeRio nº 004/2025**, cujo objeto, resumidamente, é a contratação de serviços, em conformidade com as normas legais e regulamentares aplicáveis, de assistência médica, clínica e cirúrgica, hospitalar e ambulatorial, geral e especializada e atendimento de urgência, pronto-socorro, pronto-atendimento, obstétrica/maternidade, serviços de análise diagnóstica de atendimento laboratorial, métodos complementares de diagnósticos, radiodiagnóstico e tratamento, em âmbito nacional, e, ainda, tendo em vista que a competência para a formulação de respostas às impugnações, de acordo com o item 1.6.1 do edital de Pregão Eletrônico AgeRio nº 004/2025 (ID SEI 104351028) é da Presidência da AGÊNCIA, passo a expor e proferir **DECISÃO**.

1.1. Ressalta-se que as questões levantadas pelas impugnantes se relacionam a temas exclusivamente técnicos e/ou jurídicos, de modo que, por essa razão, o processo administrativo foi encaminhado à **Gerência de Gestão de Pessoas – GEGEP e à Assessoria Jurídica de Consultivo – AJURC**, para que fosse conferido adequado suporte técnico e jurídico às questões. Minha decisão foi formada justamente com base nessa manifestação técnica e jurídica (ID SEI 105579413) das citadas **Unidades Gestoras – UGs**.

1.2. Assim sendo, apresento a seguir as respostas e **DECISÃO FINAL**, solicitando, desde já, ao Sr. Pregoeiro para que estas sejam encaminhadas aos impugnantes, assim como seja dada publicidade adequada mediante divulgação nos meios oficiais e pertinentes do supracitado pregão:

2. RESPOSTAS AOS IMPUGNANTES (MANIFESTAÇÃO TÉCNICA E JURÍDICA PELAS UGs):

2.1. ***Respostas ao Pedido de Impugnação nº 1 “(i) incluir no Edital a obrigação, aplicável exclusivamente às administradoras de plano de saúde, de que apresentem, conjuntamente aos documentos de habilitação técnica, a carta de anuência da operadora que irá executar os serviços e o registro do produto da operadora na ANS;”***

2.1.1. Resposta pedido (i): A licitante deve possuir conhecimento técnico e operacional adequados à regular prestação de sua atividade empresarial como elementos ínsitos e inerentes à tal atividade. Assim, cabe à licitante se certificar de que atende às normas legais e regulatórias aplicáveis ao objeto licitado.

2.1.1.1. Portanto, mostra-se desnecessária a exposição de forma exaustiva e taxativa de todas as normas legais e regulatórias aplicáveis à prestação do serviço, o que inclui a exigência de apresentação de documentos de habilitação técnica, de carta de anuência da operadora e registro do produto da operadora na ANS.

2.1.1.2. Por consequência, caso a licitante vencedora não atenda às exigências legais e regulatórias

aplicáveis ao objeto, tal qual previsto no item 1.1 do Termo de Referência, será considerada inabilitada.

2.1.1.3. Pelo exposto, entendemos pelo **não acolhimento do requerimento.**

2.1.2. ***"(ii) alterar os itens 15.7, 15.8 e 15.9 do Edital, para que passem a prever expressamente (i) o reajuste anual do preço dos serviços com base no índice VCMH e (ii) o reajuste na hipótese de a sinistralidade atingir o índice de 70%;"***

2.1.2.1. **Resposta pedido (ii):**No que se refere à alínea b) do relato da IMPUGNANTE, esclarecemos, primeiramente, que o reajuste dos serviços de assistência médica é pactuado entre as partes, conforme a Lei Federal nº 9.656/1998 e a Resolução Normativa ANS nº 565/2022, podendo-se ainda incorporar aspectos de sinistralidade neste processo, de modo a manter o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

2.1.2.2. Esclarecemos ainda que foi estabelecido o uso do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA – Região Brasil) na categoria de Serviços de Saúde (código 62 do SIDRA/IBGE), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com a finalidade de correção monetária do contrato.

2.1.2.3. Nota-se que o IPCA não foi utilizado em sua categorial geral, mas sim na estratificação adequada ao objeto do contrato. Tal procedimento buscou acomodar as demandas das administradoras/operadoras/seguradoras que, costumeiramente, alegam que a inflação do setor é superior à média de mercado. Desta forma, busca-se recompor os custos da CONTRATADA a partir de um índice de saúde divulgado, de forma contemporânea, por órgão público e de notório reconhecimento.

2.1.2.4. O índice de Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH) é calculado e publicado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). O referido índice é calculado considerando o custo médico-hospitalar médio per capita em um período de 12 meses em relação às despesas médias dos doze meses imediatamente anteriores, nos planos individuais. O IESS é uma entidade privada sem fins lucrativos vinculada ao setor de saúde. Os dados são publicados com defasagem considerável (atualmente, o último dado publicado é de abril/2024), por entidade privada e em escopo reduzido (apenas planos individuais). Portanto, entendeu-se que não fosse razoável a sua utilização em detrimento do uso de indicador do principal gerador de estatísticas oficiais do país – leia-se: IBGE.

2.1.2.5. Ademais, a AgeRio prevê um gatilho de reajuste com base no índice de sinistralidade da ordem de 75%, o que garante uma repactuação das condições econômico-financeiras, caso haja um aumento do uso do produto em relação à arrecadação. Tal parâmetro garante uma margem bruta de 25% (ou mais) para a administradora/operadora/seguradora, patamar de lucratividade garantida que nos parece razoável. De acordo com dados da ANS, o índice de sinistralidade médio do sistema foi de 83,8% (fechamento de 2024), estando, portanto, em patamar bem superior ao máximo tolerado pela regra definida (75,0%).

2.1.2.6. Pelo exposto, entendemos pelo **não acolhimento do requerimento.**

2.1.3. ***"(iii) alterar o item 5.2.1.1 do Termo de Referência (Anexo I), para que passe a prever o reembolso com base na tabela da operadora a ser contratada;"***

2.1.3.1. **Resposta pedido (iii):** O item 5.2.1 do Termo de Referência estabelece que *"a empresa CONTRATADA deverá oferecer a modalidade de reembolso de despesas com consultas médicas à livre escolha dos Titulares e Dependentes"*.

2.1.3.2. Portanto, fica evidente que se trata da modalidade de reembolso conhecida no mercado como reembolso livre escolha. Essa modalidade permite ao beneficiário de um plano de saúde escolher livremente o profissional ou estabelecimento de saúde para realizar consultas, mesmo que não sejam credenciados.

2.1.3.3. Esse entendimento elimina qualquer confusão com o reembolso relacionado à obrigação da CONTRATADA, que ocorre na ausência ou insuficiência de profissionais ou estabelecimentos credenciados na área de abrangência geográfica coberta pelo Plano, especialmente em situações de urgência ou emergência.

2.1.3.4. Contudo, é importante ressaltar que, de fato, a prática comum adotada pela maioria das operadoras é a definição de uma tabela com valor teto para o reembolso. Nesse contexto, cabe esclarecer que o valor de R\$ 90,00 (noventa reais) se refere ao estabelecimento de um valor mínimo para esse teto.

Em nenhum momento foi mencionada a possibilidade de reembolso integral no caso da livre escolha.

2.1.3.5. Assim, conclui-se que o produto oferecido deve estabelecer, para consultas médicas, um valor teto de no mínimo R\$ 90,00 (noventa reais) para reembolso, podendo ser superior.

2.1.3.6. Pelo exposto, entendemos pelo **não acolhimento do requerimento**.

2.1.4. ***“(iv) alterar o item 10.9 do Termo de Referência (Anexo I), para que passe a prever a cobertura apenas de procedimentos que estão incluídos no Rol da ANS;”***

“(v) afastar o item 10.10 do Termo de Referência (Anexo I) para suprimir a exigência de cobertura do serviço de home care;”

“(vi) alterar o item 15.8, do Termo de Referência (Anexo I) a fim de que a manutenção dos dependentes do titular falecido no plano de saúde seja condicionada ao pagamento integral das parcelas, nos termos do art. 30 da Lei nº 9.656/1998 e à manutenção das condições de elegibilidade dos dependentes;”

2.1.4.1. Respostas pedidos (iv, v, vi): Em relação aos itens d) e e), relativos à exigência de serviços que não constam no Rol da ANS, em atenção ao determinado pela Lei nº 9.656/1998, estes como já mencionados pela própria IMPUGNANTE, relaciona a cobertura mínima que deve constar no plano contratado e não a cobertura máxima. Neste sentido, não há qualquer ilegalidade quanto a exigência de cobertura que exceda os itens apresentados neste Rol.

2.1.4.2. Além disto, não há o que se falar em onerosidade injustificada, que pudesse de alguma forma afastar a melhor proposta, visto que todos os concorrentes competirão em igualdade de condições, precificando este custo em seus produtos e apresentando sua melhor proposta dentro do certame.

2.1.4.3. Outro ponto a se destacar é a previsão de reajuste por sinistralidade, que tem como objetivo manter o equilíbrio financeiro do plano, o que reforça que não há qualquer tipo de perda ou impedimento a competitividade em função das exigências elencadas nos itens 10.09 e 10.10 do Termo de Referência.

2.1.4.4. Portanto, no que se referem às alíneas d), e) e f) da solicitação de impugnação, como bem destacado pela IMPUGNANTE, trata-se de critérios discricionários da Administração referentes ao escopo de atendimento do serviço, que não necessariamente estão circunscritos ao mínimo previsto pela legislação vigente, podendo a IMPUGNANTE incorporar esses aspectos em sua precificação, não se tratando de ilegalidade.

2.1.4.5. Pelo exposto, entendemos pelo **não acolhimento do requerimento**.

2.1.5. ***“(vii) alterar o item 19.1.1.2, do Termo de Referência (Anexo I), para se excluir a exigência prevista em sua alínea “c” – grau de satisfação do cliente – e incluir a exigência de apresentação de 1 (um) ou mais atestados de capacidade técnica fornecido(s) por pessoa jurídica de direito público ou de direito privado que comprove(m) a aptidão da licitante para entregar os serviços abrangidos pela contratação pretendida.”***

2.1.5.1. Resposta pedido (vii): A exigência do grau de satisfação como parte da comprovação de capacidade técnica é um requisito que visa justamente garantir que os licitantes evidenciem se foram cumpridos, em grau satisfatório, os requisitos e regras contratuais previstos na execução dos serviços. Onde se lê “grau de satisfação”, deve ser, portanto, entendido que deverá haver a demonstração, no atestado de capacidade, de que a execução foi “satisfatoriamente” cumprida pelo licitante, em linha com as regras contratuais celebradas.

2.1.5.2. Ademais, vale reforçar que quaisquer informações eventualmente exigidas no instrumento convocatório e que estejam ocultas ou ausentes nos documentos de habilitação apresentados pelo licitante poderão, a critério de AgeRio, ensejar a realização de diligências destinadas a esclarecer ou complementar a instrução processual, em consonância com o item 21.1 do Edital.

2.1.5.3. Pelo exposto, entendemos pelo **não acolhimento do requerimento**.

2.2. ***Respostas ao Pedido de Impugnação nº 2 “II.1. SAÚDE MENTAL - DOS TRATAMENTOS PSQUIÁTRICOS - CLÁUSULA 6.3 DO TERMO DE REFERÊNCIA - PREVISÃO DE COPARTICIPAÇÃO - AFRONTA À RN 465/2021 DA ANS”***

2.2.1. Resposta do pedido: Em síntese, a impugnante alega que "a coparticipação somente poderá ser aplicada quando as demais especialidades médicas de internação previrem coparticipação, nos termos

do artigo 19, inciso II, da RN 465/21" e sobre este ponto afirma que "residiria ilegalidade na regra de coparticipação".

2.2.2. A alegação da impugnante foi apresentada tempestivamente e atendeu aos demais requisitos formais, mas **não merece acolhimento**, posto que decorre de uma interpretação equivocada da Res. Normativa 465/21, como será exposto.

2.2.3. O art. 19 da referida RN prevê o seguinte:

Art. 19. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo e, devendo garantir cobertura para:

I - internação hospitalar, em todas as suas modalidades, em número ilimitado de dias;

II - quando houver previsão contratual de mecanismos financeiros de regulação para internação hospitalar, o referido aplica-se a todas as especialidades médicas, contudo, a coparticipação, nas hipóteses de internações psiquiátricas, somente poderá ser exigida considerando os seguintes termos, que deverão ser previstos em contrato:

a) somente haverá fator moderador quando ultrapassados trinta dias de internação contínuos ou não, a cada ano de contrato; e

b) a coparticipação poderá ser crescente ou não, estando limitada ao máximo de cinquenta por cento do valor contratado entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e o respectivo prestador de serviços de saúde.

2.2.3.1. O inciso I do art. 19 indica a primeira (e única) hipótese de garantia de cobertura – internação hospitalar em todas as suas modalidades – deixando claro que:

2.2.3.2. O Plano do tipo “Hospitalar” não pode se restringir à internação hospitalar de uma ou outra modalidade – deve cobrir todas elas; a noção de “internação hospitalar” é genérica e ampla, abrangendo todas as modalidades de internação frente às especialidades médicas, ou seja, a depender da causa da internação e da especialidade que nela atua. Exemplo: “internação hospitalar ortopédica”, “internação hospitalar neurológica”, “internação hospitalar obstétrica”, “internação hospitalar psiquiátrica”.

2.2.3.3. O inciso II não segue uma coerência textual, posto que, ao invés de elencar outra hipótese de garantia de cobertura (tal qual indicado pelo caput e previsto no inciso I), estabelece um vetor interpretativo para a norma, qual seja, quando houver previsão contratual de mecanismo financeiro de regulação (MFR) para internação hospitalar – sem indicação da especialidade – o referido mecanismo será aplicável a todas as especialidades.

2.2.3.4. Em uma primeira leitura, poderia parecer que há uma situação de “tudo ou nada”, ou seja, de que os mecanismos financeiros de regulação (MFR), uma vez previstos, devem incidir sobre todas as modalidades de internação, mas esta não foi intenção da norma, nem poderia, sob pena de incidir em claro excesso regulatório, com grave violação à liberdade de contratação, deturpação da real finalidade dos MFR e, em última análise, prejuízos ao consumidor, vez que as operadoras não poderiam se limitar a prever MFR apenas para as especialidades que necessitam de fatores moderadores de utilização, mas seriam obrigadas a estendê-los a todas elas.

2.2.3.5. O real significado e pretensão do inciso II do art. 19, portanto, é dirimir eventual dúvida interpretativa, caso haja previsão contratual de MFR sem indicação expressa da especialidade à qual se refere (e apenas neste caso) o referido se aplica a todas as especialidades médicas – respeitadas as normas específicas aplicáveis à internação psiquiátrica, ou seja, esta modalidade de internação é uma exceção à regra interpretativa.

2.2.3.6. Isto porque a previsão genérica de MFR para “internação hospitalar”, poderia causar dúvidas em relação à(s) especialidade(s) à(s) qual(is) se aplica(m) – tratando-se de contratos de adesão, cuja interpretação deve ser favorável ao aderente – levando a disputas (administrativas e/ou judiciais) entre os consumidores que teriam interesse em limitar a cláusula, enquanto que as operadoras teriam interesse em ampliá-la – e esta situação de insegurança jurídica certamente causaria prejuízos ao setor regulado.

2.2.3.7. A previsão regulatória, portanto, encerra uma possível disputa interpretativa, mas não impede, caso haja previsão contratual específica, a aplicação de MFR direcionado a uma ou mais

especialidades – aquela(s) que efetivamente necessita(m) de fator(es) moderador(es) de utilização dos serviços.

2.2.3.8. Este entendimento é corroborado pela Res. Normativa ANS 433/18 que, mesmo revogada, serve de vetor interpretativo e cujo art. 2º previa a coparticipação (inciso I) e a franquia (inciso II) como espécies de Mecanismos Financeiros de Regulação (MFR), e sobre a coparticipação (objeto da impugnação), previa o seguinte:

art. 9º. A coparticipação incidirá nas hipóteses contratualmente previstas, podendo ser aplicada das seguintes formas:

I - percentual sobre o valor monetário do procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde, efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde;

II - percentual sobre os valores dispostos em tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação; e

III - valor fixo sobre o procedimento, grupo de procedimentos ou evento em saúde devido a título de coparticipação.

§ 2º Nas hipóteses de cobrança de coparticipação previstas nos incisos I e II do caput, o percentual máximo a ser cobrado do beneficiário não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor monetário do procedimento ou evento em saúde efetivamente pago pela operadora de planos privados de assistência à saúde ao prestador de serviços em saúde ou daquele constante da tabela de referência que contenha a relação de procedimentos, grupos de procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirá a coparticipação.

§ 3º Os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação deverão ser elencados no contrato, bem como em todos os demais meios através dos quais a operadora os divulgar aos beneficiários, em conformidade com a Terminologia Unificada da Saúde Suplementar - TUSS.

2.2.3.9. O caput do art. 9º era claro ao explicitar que a coparticipação incide nas hipóteses contratualmente previstas (e por isso a previsão de MFR para “internação hospitalar”, sem especificação, se aplica a todas as especialidades, pois o referido termo é genérico e amplo) e o §3º do mesmo artigo apontava que “os procedimentos e eventos em saúde sobre os quais incidirão coparticipação deverão ser elencados no contrato” – previsões estas que seriam desnecessárias, caso, em todo e qualquer caso, os MFR (se existentes para internação hospitalar) devessem ser aplicados a todas as especialidades, como pretende a impugnante.

2.2.3.10. A lógica hermenêutica que levou à edição do caput do art. 9º e seu §3º é, portanto, incompatível com a interpretação pretendida pela impugnante de “obrigatoriedade de extensão de mecanismos financeiros de regulação à todas as especialidades, independentemente de previsão expressa” – tal qual no Termo de Referência, que limita a aplicação dos referidos mecanismos à internação psiquiátrica, em conformidade com as alíneas do inciso II do art. 19 da Res. Normativa 465/21.

2.2.3.11. Acrescenta-se que, independentemente da vigência da RN 433/18 - cuja revogação pela ANS se deu após concessão de medida liminar pelo STF no bojo da ADPF 532 - a lógica hermenêutica que levou à sua edição demonstra a interpretação pretendida pela entidade reguladora, em verdadeira interpretação autêntica da RN 465/21 (ainda em vigor), enquanto que a interpretação pretendida pela impugnante é diametralmente oposta aos fundamentos da medida cautelar deferida, que levaram à suspensão (e posterior revogação) da RN 433/18, e dos quais destacamos:

a) "A fixação de novos e mais elevados percentuais de contribuição atualmente convive com as crescentes dúvidas quanto aos limites das novas obrigações devidas pelos contratantes das modalidades de coparticipação ou de franquia";

b) provável incompatibilidade constitucional de instituir “severa restrição a um direito constitucionalmente assegurado (direito à saúde) por ato reservado à lei em sentido estrito”.

2.2.3.12. Pelo exposto, entendemos que a autoridade deve conhecer da impugnação, mas decidir pelo seu indeferimento, considerando que o Termo de Referência não contém ilegalidade, atendendo plenamente a interpretação que deve ser dada à Resolução Normativa ANS 465/21.

2.3. ***“II.2. LGPD - DA EXIGÊNCIA QUE CONTRARIA O PAPEL DA LICITANTE - CONTROLADORA DE DADOS PESSOAIS”***

2.3.1. Resposta do pedido: A Lei Geral de Proteção de Dados define controlador como aquele a quem competem as decisões no tratamento dos dados, e as alíneas "a" e "c" da Cláusula Décima Nona não retiram da Contratada a possibilidade de tomar as referidas decisões, mas apenas visam delimitar o escopo e a finalidade do tratamento dos dados compartilhados pela AgeRio e garantir maior proteção aos dados pessoais dos seus empregados.

2.3.2. A exigência de que o tratamento de dados ocorra "de acordo com as instruções da CONTRATANTE" refere-se às diretrizes macro, que definem o objeto do contrato, e não a uma microgestão das operações da Contratada.

2.3.3. As "instruções" da AgeRio limitar-se-ão a: (i) indicar quais beneficiários devem ser incluídos ou excluídos do plano; (ii) definir as categorias do plano para cada beneficiário; e (iii) comunicar outras informações necessárias à gestão administrativa do benefício.

2.3.4. A forma como a Contratada irá operacionalizar essas instruções (autorizar procedimentos, gerir sua rede credenciada etc.) permanece sob sua autonomia e responsabilidade. A cláusula serve, primordialmente, para garantir o atendimento ao Princípio da Finalidade, previsto no art. 6º, I, da LGPD, assegurando que os dados fornecidos pela AgeRio não sejam utilizados para nenhum outro propósito que não a execução do contrato de saúde.

2.3.5. Da mesma forma, a necessidade de "autorização expressa e por escrito" para acessar, modificar ou compartilhar dados é um mecanismo de governança e segurança, que visa evitar a utilização dos dados para finalidades alheias ao objeto contratual.

2.3.6. Em face do exposto, não se vislumbra qualquer vício na redação da Minuta de Contrato. As cláusulas questionadas são instrumentos legítimos de governança que visam assegurar que o tratamento dos dados pessoais compartilhados pela AgeRio se restrinja estritamente à finalidade para a qual foram coletados, sem impedir que a Contratada exerça plenamente suas competências e responsabilidades na execução dos serviços de saúde, motivo pelo qual entendemos pelo **não acolhimento da Impugnação no que diz respeito ao item II.2.**

3. **DECISÃO FINAL:**

3.1. Diante de todo o exposto acima, e considerando os pontos levantados pelas Impugnantes, **COMUNICO** que nenhum pleito foi acatado, e **INFORMO** que serão mantidas todas as disposições contidas no Edital de Pregão Eletrônico AgeRio nº 004/2025 e anexos, incluindo o Termo de Referência e a Minuta de Contrato, sem quaisquer alterações.

3.2. Em, Rio de Janeiro-RJ, 29 de julho de 2025.

SÉRGIO GUSMAN

Presidente

Matrícula: 1027

MANOEL APARECIDO RODRIGUES

Diretor Executivo

Diretoria de Suporte Operacional, Controladoria e Administração
Diretoria Financeira, de Estratégia Corporativa e de Gestão de Riscos E.E.

Matrícula: 1029

Agência de Fomento do Estado do Rio de Janeiro S.A. (AgeRio)

Rio de Janeiro, 29 julho de 2025



Documento assinado eletronicamente por **Sergio Gusman, Presidente**, em 29/07/2025, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#) e no art. 4º do [Decreto nº 48.013, de 04 de abril de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Manoel Aparecido Rodrigues, Diretor**, em 29/07/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#) e no art. 4º do [Decreto nº 48.013, de 04 de abril de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **105668649** e o código CRC **70356FF3**.

Referência: Processo nº SEI-220002/000257/2025

SEI nº 105668649

Av. Rio Branco, 245,, 2º ao 6º andar, Ed. Bokel, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20040-917
Telefone: