



PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO

Paciente:

Idade:

Diagnóstico: CID 10: K91.8- Outros transtornos do aparelho digestivo, pós-cirúrgicos, não classificados em outra parte. Cirurgia Bariátrica.

Prescrição:

- Bariat XR® - suplemento alimentar.
- Dexfer® (ferripolimaltose)
- NEVRIX IM® (cloridrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina)
- BUPIUM® XL(cloridrato de bupropiona)
- OHDE caps (colecalfiferol)

1. Dexfer® (ferripolimaltose)

1.1 Indicação em bula (1)

Dexfer® (ferripolimaltose) é indicado em síndromes ferropênicas latentes e moderadas, anemias ferroprivas devido à subnutrição e/ou carências alimentares qualitativas e quantitativas, anemias das síndromes disabsortivas intestinais, anemia ferropriva da gravidez e lactação e anemia por hemorragias agudas ou crônicas onde seja conveniente suplementação dos fatores hematológicos.

1.2 Padronização no Sistema Único de Saúde (SUS)

O medicamento ferripolimaltose está padronizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), nas apresentações 50 mg/mL (solução oral), 10 mg/mL (xarope) e 100 mg (comprimido mastigável). O acesso aos medicamentos do CBAF se dá por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município onde reside o paciente mediante apresentação de receita médica, documento de identificação e cartão do SUS, sendo as apresentações na forma solução injetável de uso exclusivo ambulatorial e hospitalar, não sendo dispensadas ao paciente. Os municípios ficam responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos, considerando o perfil epidemiológico local/regional (2).



1.3 Evidência Científica

Após cirurgia bariátrica, a deficiência de ferro e a anemia ferropriva são descritas como frequentes, com taxas mais elevadas do que na população geral, podendo afetar, em até 5 anos após a cirurgia, até 70% dos pacientes com deficiência de ferro e 36% com anemia ferropriva. Nesse contexto, o Consenso Brasileiro do Manejo Nutricional de Pacientes com Anemia Pós Cirurgia Bariátrica recomenda a suplementação de ferro e vitamina B12 no manejo nutricional, em conjunto com ácido fólico, e afirma que essa suplementação é mandatória para pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, independentemente da técnica (3).

Em seu artigo de revisão narrativa, Love e Billett discutem que a deficiência de ferro e a anemia são complicações relevantes no pós cirurgia bariátrica, especialmente após bypass gástrico, descrevendo mecanismos fisiopatológicos que reduzem a absorção e a ingestão de ferro. Os autores recomendam rastreio pré operatório e acompanhamento laboratorial contínuo no seguimento, com suplementação profilática de ferro oral, e salientam que, em parte dos casos, a deficiência pode ser de difícil correção apenas com via oral, exigindo estratégias adicionais conforme gravidade e refratariedade (4).

Em seu artigo de revisão, Lupoli e colaboradores destacam que as diretrizes atuais recomendam a prescrição profilática de ferro oral para todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. Essa suplementação preventiva é crucial para compensar a drástica redução na absorção do mineral, causada pela hipocloridria e pelo desvio do duodeno e jejuno proximal, além da menor ingestão alimentar e da intolerância a carnes no pós-operatório. O estudo reforça a urgência dessa profilaxia ao apontar que 20% a 47% dos pacientes já chegam à cirurgia com deficiência de ferro pré-existente. Dessa forma, o ferro oral atua como uma barreira preventiva essencial, pois os autores alertam que, uma vez que a deficiência clínica se instale, a suplementação oral torna-se insuficiente para a correção do quadro, exigindo a administração de ferro intravenoso (5).

Em revisão sistemática, Tang e colaboradores demonstram que a reposição nutricional de ferro no período perioperatório é uma medida clínica indispensável. Embora a revisão avalie o uso de suplementos orais convencionais (como sulfato e fumarato ferroso) e não mencione explicitamente o princípio ativo ferripolimatose, as conclusões do estudo dão um forte suporte racional à escolha de formulações alternativas



e mais bem toleradas. Os autores evidenciam que a falha do tratamento oral muitas vezes decorre da intolerância aos suplementos (como efeitos adversos gastrointestinais) e da consequente baixa adesão dos pacientes. Diante desse desafio, o estudo conclui que há uma necessidade urgente de regimes de reposição altamente personalizados, que levem em consideração a viabilidade, a preferência do paciente e a facilidade de adesão a longo prazo. Portanto, a prescrição de um ferro oral com menor incidência de desconforto gástrico, característica clínica da ferripolimatose, atende perfeitamente à recomendação da revisão sistemática por tratamentos profiláticos mais viáveis, garantindo a continuidade da suplementação e reduzindo o risco de deficiências severas (6).

Em revisão sistemática, Enani e colaboradores demonstram que a cirurgia bariátrica, exacerba significativamente o risco de deficiência de ferro, tornando a prescrição profilática oral e o monitoramento contínuo medidas clinicamente obrigatórias, com diretrizes recomendando doses que podem chegar a até 200 mg diários para o tratamento de anemias. No entanto, os autores alertam que a eficácia do tratamento oral é severamente comprometida pela baixa adesão dos pacientes, que pode cair para 29% logo no primeiro ano de pós-operatório. Diante dessa enorme dificuldade de manter o paciente engajado no tratamento, frequentemente associada aos efeitos adversos gastrointestinais dos sais de ferro convencionais (como o sulfato ferroso, citado no estudo), a prescrição de formulações clinicamente mais bem toleradas, como a ferripolimatose, torna-se uma estratégia racional e altamente recomendada. Ao melhorar a tolerabilidade gástrica, reduz-se a principal barreira para a adesão do paciente, garantindo a continuidade profilática vitalícia necessária para prevenir a instalação de anemias severas e a eventual necessidade de infusões intravenosas (7).

2. NEVRIX IM (cloridrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina)

2.1 Indicação em bula (8)

Este medicamento é um auxiliar no tratamento de neuralgias e neurites.

2.2 Padronização no SUS

O medicamento em associação cianocobalamina + cloridrato de piridoxina + nitrato de tiamina não pertence ao elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Sem demanda à Conitec e sem avaliação pela comissão até a presente data.



2.3 Evidência Científica

Patel e Saumoy (2020), em revisão narrativa sobre prevenção e tratamento de deficiências de micronutrientes no pré e pós cirurgia bariátrica, descrevem que deficiências de vitaminas do complexo B podem ocorrer nesse contexto e que a vitamina B12 pode ser reposta por diferentes vias, incluindo a via intramuscular, citando esquema mensal de 1.000 microgramas como opção de reposição. Nesse cenário, a utilização de esquema intramuscular contendo tiamina, piridoxina e cianocobalamina pode ser apresentada como estratégia prática para garantir reposição parenteral, sobretudo quando se busca maior previsibilidade de absorção e adesão no pós operatório (9).

Runkel et al. (2011), em diretriz clínica de prática do tipo S3, baseada em revisão sistemática da literatura e consenso com graduação de recomendações, orientam que o seguimento pós cirurgia bariátrica deve ser estruturado e de longo prazo, com suplementação vitamínica e de micronutrientes para prevenir deficiências nutricionais. No que se relaciona ao caso concreto, a diretriz apoia o racional de reposição no pós bypass, incluindo suplementação de vitamina B12 e ferro como parte do cuidado continuado (10).

Lewis et al. (2018), em revisão sistemática sobre deficiências de micronutrientes após cirurgia bariátrica, reforçam que alterações restritivas e ou disabsortivas do trato gastrointestinal aumentam o risco de deficiências vitamínicas no seguimento e, por isso, protocolos clínicos costumam incorporar suplementação e monitoramento regulares. No recorte do complexo B, a própria revisão descreve que alguns estudos adotaram vitamina B12 por via intramuscular em esquema mensal como parte do protocolo de suplementação pós operatória, e que multivitamínicos usuais incluem vitamina B6, o que sustenta a prática de reposição de vitaminas do complexo B no pós bariátrica. Assim, no caso concreto de paciente com CID K91.8 no pós cirurgia bariátrica, a opção por um esquema intramuscular contendo tiamina, piridoxina e cianocobalamina pode ser apresentada como estratégia prática para garantir reposição parenteral, especialmente quando se pretende maior previsibilidade de absorção e adesão, ainda que a revisão não compare diretamente a combinação IM nem estabeleça superioridade frente a esquemas orais (11).

Shankar, Boylan e Sriram (2010) publicaram um artigo de revisão que descreve



uma busca sistematizada da literatura em bases bibliográficas e em sites de centros de cirurgia bariátrica, cobrindo o período de 1980 a 2009, sobre deficiências de micronutrientes após cirurgia bariátrica. Nessa síntese, os autores reforçam o racional clínico de que os procedimentos com componente disabsortivo alteram drasticamente a anatomia e a fisiologia do trato digestivo, elevando o risco de deficiências de vitaminas do complexo B e sustentando a necessidade de suplementação e monitoramento no seguimento pós-operatório. O estudo detalha que o desvio cirúrgico do duodeno e do jejuno, somado à queda na secreção de ácido gástrico e à falta do fator intrínseco, cria grandes barreiras para a absorção oral adequada da tiamina (B1), da piridoxina (B6) e, especialmente, da vitamina B12 (cianocobalamina). Devido ao risco de complicações neurológicas graves e de rápida evolução, como a encefalopatia de Wernicke e neuropatias irreversíveis, o artigo endossa o uso de vias não orais para garantir a absorção. Os autores documentam, por exemplo, recomendações para a administração parenteral (injetável) profilática de tiamina para pacientes em risco no pós-operatório e relatam diretrizes que preconizam injeções intramusculares periódicas de vitamina B12 para manter níveis séricos adequados. Dessa forma, a prescrição intramuscular combinada de cloridrato de tiamina, cloridrato de piridoxina e cianocobalamina apresenta-se como uma estratégia clínica justificável e flexível à realidade do paciente bariátrico. Ela se apoia no sólido racional fisiológico demonstrado na revisão: contornar completamente as limitações absorptivas do novo trato gastrointestinal, garantindo a entrega direta e segura dessas vitaminas na corrente sanguínea para prevenir (12).

Ha et al. (2021) publicaram uma revisão sistemática com metanálise de estudos longitudinais em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, incluindo apenas estudos que relataram suplementação pós operatória, com protocolo registrado no PROSPERO, relato conforme PRISMA e avaliação de certeza da evidência pelo GRADE. Os autores mostram que, mesmo em contextos de suplementação orientada por diretrizes, o status de micronutrientes pode variar ao longo do seguimento, reforçando a necessidade de monitoramento estruturado e de estratégias de reposição quando indicado. No recorte do complexo B, a metanálise aponta melhora do status sérico de vitamina B12 após o procedimento, e o artigo registra que alguns protocolos longitudinais incluíram suplementação por via parenteral, com esquemas intramusculares periódicos de B12, o



que sustenta a via injetável como prática descrita no seguimento pós bariátrico quando se busca maior previsibilidade de reposição (13).

3. BUPIUM® XL (cloridrato de bupropiona)

3.1 Indicação em bula (14)

É indicado no tratamento de episódios depressivos maiores ou na prevenção de recaídas e recorrências de episódios depressivos após resposta inicial satisfatória.

3.2 Padronização no SUS

O medicamento cloridrato de bupropiona, na apresentação de 150 mg (comprimido de liberação prolongada), está padronizado pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo – dependência à nicotina, por meio do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CEAF). Sem avaliação pela CONITEC até a presente data desse parecer para o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

3.3 Evidência Científica

Em ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, White e Grilo avaliaram bupropiona em mulheres com transtorno de compulsão alimentar e sobrepeso ou obesidade; embora não tenha sido demonstrada superioridade clara para redução de episódios de compulsão no período analisado, o grupo bupropiona apresentou perda de peso estatisticamente maior, ainda que de pequena magnitude. No caso concreto, em que a bupropiona foi prescrita para TCA como comorbidade da obesidade, esses achados permitem sustentar o uso como estratégia adjuvante no manejo, com potencial benefício sobretudo em desfechos ponderais, devendo ser integrada a acompanhamento multiprofissional e reavaliada conforme resposta clínica e tolerabilidade, em esquema usual inicial de bupropiona de liberação prolongada (XL) 150 mg ao dia (15).

Em seu artigo de revisão na Revista ABESO, a bupropiona é apresentada no contexto de manejo farmacológico do transtorno de compulsão alimentar associado à obesidade, constando como opção terapêutica em dose de 300 mg ao dia e com efeito esperado descrito como diminuição da ingestão e discreto aumento do gasto calórico. A partir desse enquadramento, a prescrição de bupropiona de liberação prolongada (XL) 150 mg ao dia pode ser descrita no parecer como estratégia adjuvante no manejo do TCA com comorbidade de obesidade, com objetivo de contribuir para controle ponderal e comportamento alimentar, integrada ao acompanhamento multiprofissional (16).



Gadde e colaboradores publicaram um ensaio clínico randomizado, duplo cego e controlado por placebo em mulheres com sobrepeso ou obesidade, no qual a bupropiona de liberação prolongada foi titulada de 100 mg ao dia até 200 mg duas vezes ao dia, associada a dieta prescrita de 1600 kcal ao dia, com comparação principal em 8 semanas. Nesse período, o grupo bupropiona apresentou maior perda ponderal média do que o placebo e maior proporção de participantes atingiu perda de pelo menos 5% do peso inicial. Entre as respondedoras que seguiram em fase de continuação, a perda de peso foi mantida e ampliada até 24 semanas. Assim, embora o estudo não tenha sido desenhado para transtorno de compulsão alimentar especificamente, ele sustenta que a bupropiona pode contribuir para redução de peso em mulheres com obesidade quando integrada a intervenção dietética, o que dialoga com o uso no caso concreto em que o TCA é descrito como comorbidade da obesidade e o objetivo terapêutico inclui manejo ponderal (17).

4. OHDE caps (colecalfiferol, Vitamina D3)

4.1 Indicação em bula (18)

É um medicamento à base de vitamina D3 (colecalfiferol), indicado para prevenção e tratamento auxiliar na desmineralização óssea pré e pós-menopausa, na prevenção da formação inadequada dos ossos (raquitismo), em casos de osteomalácia e osteoporose e na prevenção no risco de quedas e fraturas.

4.2 Padronização no SUS

O medicamento colecalfiferol não pertence ao elenco da RENAME. Sem demanda à Conitec e sem avaliação pela comissão até a presente data.

4.3 Evidência Científica

Em revisão sistemática Cochrane, Chakhtoura e colaboradores sintetizam ensaios clínicos em adultos com obesidade submetidos à cirurgia bariátrica que compararam diferentes esquemas de vitamina D por via oral, ou vitamina D versus placebo. A revisão indica que a suplementação oral de vitamina D pode melhorar o status de 25 OH vitamina D no pós-operatório, incluindo comparações em que doses mais altas tendem a elevar mais os níveis séricos ao longo do seguimento, ainda que com incerteza quanto à dose ótima e com dados limitados para desfechos clínicos. Assim, no caso concreto de paciente em pós bypass gástrico, CID K91.8, a prescrição de colecalfiferol por via oral se apoia na evidência de que a reposição é capaz de corrigir ou prevenir hipovitaminose D no



contexto bariátrico, sendo medida pertinente ao manejo de deficiências nutricionais no seguimento, com necessidade de monitoramento laboratorial para ajuste individualizado (19).

Shankar, Boylan e Sriram (2010) apresentam um artigo de revisão com busca sistematizada sobre deficiências de micronutrientes após cirurgia bariátrica e destacam que a hipovitaminose D e o hiperparatireoidismo secundário podem estar presentes já no pré operatório e persistir no pós operatório, com repercussões clínicas no metabolismo ósseo, incluindo risco de osteomalácia. No contexto de procedimentos com componente disabsortivo, os autores discutem que a menor ingestão e a alteração de absorção podem contribuir para manutenção ou agravamento da deficiência, reforçando a necessidade de suplementação. O trabalho também registra esquemas de suplementação de vitamina D por via oral, incluindo doses superiores às usuais, citando estudos com colecalciferol em diferentes faixas de dose diária e esquemas semanais de altas doses, com melhora do status vitamínico e sem ocorrência de hipercalcemia no estudo descrito. Assim, no caso concreto de paciente em pós cirurgia bariátrica, CID K91.8, a suplementação oral de colecalciferol se justifica como medida preventiva e terapêutica para corrigir ou evitar hipovitaminose D e reduzir o risco de desfechos relacionados à doença óssea metabólica no seguimento pós operatório (12).

Em artigo de revisão sobre deficiências nutricionais e complicações de longo prazo após cirurgia bariátrica, Lupoli e colaboradores, descreve que a hipovitaminose D é frequente no pré operatório e pode persistir ou se agravar no pós operatório, em função de mecanismos como má absorção de gordura em procedimentos com componente disabsortivo, além de baixa ingestão e não adesão à suplementação. Os autores ressaltam a relevância clínica de cálcio e vitamina D no metabolismo ósseo, associando a deficiência a hiperparatireoidismo secundário, perda óssea e aumento de risco de fraturas no seguimento, e registram que, após bypass gástrico, doses mais elevadas de vitamina D podem ser necessárias para manter níveis adequados, discutindo alvos séricos de 25 a 30 ng/mL. Assim, para paciente em pós cirurgia bariátrica (CID K91.8), a suplementação oral de colecalciferol se justifica como medida de prevenção e correção de hipovitaminose D e de redução de risco de desfechos relacionados à doença óssea metabólica no acompanhamento pós operatório (5).



5. CONCLUSÃO

À luz do caso concreto, paciente de 45 anos em pós cirurgia bariátrica por bypass gástrico, CID K91.8, a prescrição de reposição de micronutrientes e de estratégia farmacológica adjuvante para transtorno de compulsão alimentar (TCA) como comorbidade da obesidade se mostra clinicamente pertinente. A literatura reunida sustenta que o pós bariátrico, em especial após procedimentos com componente disabsortivo, associa-se a risco aumentado e persistente de deficiências nutricionais, com necessidade de suplementação e monitoramento ao longo do seguimento.

Quanto ao Dexfer (ferripolimaltose), o conjunto de evidências reunidas apoia a suplementação de ferro como medida mandatória e preventiva no pós bariátrico, considerando a frequência de deficiência de ferro e anemia ferropriva e o risco de complicações quando não tratadas. A opção por formulação oral com melhor tolerabilidade pode ser apresentada como estratégia racional para favorecer adesão e manutenção profilática, especialmente em cenário em que a falha do ferro oral costuma estar relacionada a efeitos gastrointestinais e baixa adesão.

Quanto a tiamina + piridoxina + cianocobalamina, as referências analisadas sustentam o racional de reposição de vitaminas do complexo B no pós bariátrico e descrevem a via intramuscular como prática utilizada em protocolos, particularmente para vitamina B12, com a finalidade de aumentar previsibilidade de reposição em contexto de risco de má absorção e adesão irregular. Assim, a via intramuscular pode ser justificada como estratégia prática de reposição no seguimento, sobretudo para o componente B12, mantendo-se a lógica de suplementação e monitoramento contínuos.

Quanto a bupropiona, a evidência reunida sustenta o uso como estratégia adjuvante no manejo de TCA descrito como comorbidade da obesidade, com benefício mais consistente para desfechos ponderais do que para redução específica de episódios de compulsão em monoterapia, devendo ser integrada ao acompanhamento multiprofissional e reavaliada conforme resposta clínica e tolerabilidade.

Quanto ao colecalciferol, a literatura analisada apoia a suplementação oral como medida pertinente para prevenir e corrigir hipovitaminose D no pós bariátrico, condição frequente nesse contexto e associada a desfechos do metabolismo ósseo, incluindo hiperparatireoidismo secundário e risco de doença óssea metabólica, com necessidade de



monitoramento laboratorial e ajuste individualizado de dose.

REFERÊNCIAS

- [1] EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A. Dexfer® (ferripolimaltose): bula para o profissional de saúde. 2025.
- [2] SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Ferripolimaltose**. Disponível em: <<http://infosus.saude.sc.gov.br/index.php/Ferripolimaltose>>. Acesso em: 5 mar. 2026.
- [3] BERTI, L. V. et al. **Consenso brasileiro do manejo nutricional de pacientes com anemia pós cirurgia bariátrica**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, 2021.
- [4] LOVE, A. L.; BILLETT, H. H. Obesity, bariatric surgery, and iron deficiency: True, true, true and related. **American Journal of Hematology**, v. 83, n. 5, p. 403–409, maio 2008.
- [5] LUPOLI, R. et al. Bariatric surgery and long-term nutritional issues. **World Journal of Diabetes**, v. 8, n. 11, p. 464–474, 15 nov. 2017.
- [6] TANG, X. et al. Preoperative Micronutrient Repletion Strategies in Metabolic and Bariatric Surgery: A Systematic Review. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 125, n. 6, p. 761- 784.e6, jun. 2025.
- [7] ENANI, G. et al. The incidence of iron deficiency anemia post-Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: a systematic review. **Surgical Endoscopy**, v. 34, n. 7, p. 3002–3010, jul. 2020.
- [8] ARESE PHARMA LTDA. Nevrix IM: cloridrato de tiamina + cloridrato de piridoxina + cianocobalamina. Bula para o profissional de saúde. 2025.
- [9] PATEL, R.; SAUMOY, M. Treatment of Micronutrient Deficiencies Pre and Post Bariatric Surgery. **Current Treatment Options in Gastroenterology**, v. 19, n. 2, p. 169–182, jun. 2021.
- [10] RUNKEL, N. et al. Bariatric Surgery. **Deutsches Ärzteblatt international**, 20 maio 2011.
- [11] LEWIS, C.-A. et al. Does Bariatric Surgery Cause Vitamin A, B1, C or E Deficiency? A Systematic Review. **Obesity Surgery**, v. 28, n. 11, p. 3640–3657, nov. 2018.
- [12] SHANKAR, P.; BOYLAN, M.; SRIRAM, K. Micronutrient deficiencies after bariatric surgery. **Nutrition**, v. 26, n. 11–12, p. 1031–1037, nov. 2010.
- [13] HA, J. et al. Micronutrient status in bariatric surgery patients receiving postoperative supplementation per guidelines: Insights from a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Obesity Reviews**, v. 22, n. 7, p. e13249, jul. 2021.
- [14] EMS SIGMA PHARMA LTDA. Bupium® XL 24h (cloridrato de bupropiona): bula para o profissional de saúde. 2025.



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



COSAU DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Coordenação
de Saúde

- [15] WHITE, M. A.; GRILO, C. M. Bupropion for Overweight Women With Binge-Eating Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 74, n. 04, p. 400–406, 15 abr. 2013.
- [16] Evidências em Obesidade e Síndrome Metabólica. **Revista ABESO**, n. 105, ago. 2020.
- [17] GADDE, K. M. et al. Bupropion for Weight Loss: An Investigation of Efficacy and Tolerability in Overweight and Obese Women. **Obesity Research**, v. 9, n. 9, p. 544–551, set. 2001.
- [18] MOMENTA FARMACÊUTICA LTDA. OHDE caps (colecalférol): bula para o profissional de saúde. 2025.
- [19] CHAKHTOURA, M. T. et al. Oral vitamin D supplementation for adults with obesity undergoing bariatric surgery. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2024, n. 10, 1 out. 2024.

Rio de Janeiro, 06/03/2026.

Alessandra de Souza
CRF-RJ 11335
Mat. 999812351
alessandra.souza@defensoria.rj.def.br



DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



COSAU

COSAU