

**PORTARIA nº 001/2026-SMAS
De 14 de abril de 2026**

**Publicado no Diário
Oficial Eletrônico
Nº066/2026 - Data: de 14
de abril de 2026.**

SÚMULA: Dispõe sobre a padronização dos fluxos de encaminhamento, registro de revelação espontânea e protocolos de documentação no âmbito do Núcleo Municipal da Infância e Adolescência (NMIA) do Município de Fazenda Rio Grande/PR.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE FAZENDA RIO GRANDE, no uso de suas atribuições legais, e considerando a necessidade de regulamentar e padronizar os procedimentos técnicos no âmbito do Núcleo Municipal da Infância e Adolescência (NMIA),

CONSIDERANDO a necessidade de garantir a proteção integral de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.431/2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência;

CONSIDERANDO a necessidade de padronização dos procedimentos técnicos realizados pelo Núcleo Municipal da Infância e Adolescência (NMIA);

CONSIDERANDO a importância da atuação articulada e intersetorial da rede de proteção;

CONSIDERANDO a Resolução nº 022/2026-CMDCA, de 14 de abril de 2026, publicada no Diário Oficial Eletrônico nº 66/2026, de 14/04/2026, que aprova o conteúdo desta Portaria;

RESOLVE:

CAPÍTULO I – DO PROCEDIMENTO DE ESCUTA ESPECIALIZADA

Art. 1º O procedimento de Escuta Especializada no NMIA será realizado por profissional de nível superior, devidamente capacitado, independentemente da categoria profissional, desde que vinculado ao serviço.

Art. 2º O profissional escutador deverá registrar de forma fidedigna, clara e precisa os relatos da criança ou do adolescente, respeitando a metodologia de entrevista baseada em perguntas abertas e não direcionadas.

Art. 3º É vedada qualquer forma de indução, sugestão ou interferência que comprometa a espontaneidade do relato, devendo ser assegurada a integridade e a confiabilidade das informações.

Art. 4º O procedimento deverá observar os princípios da proteção integral, da escuta qualificada e da não revitimização.

CAPÍTULO II – DOS INSTRUMENTOS TÉCNICOS

Art. 5º O procedimento de Escuta Especializada gerará os seguintes documentos oficiais:

I – Relatório de Escuta Especializada (Rede de Proteção): destinado aos órgãos de garantia de direitos, incluindo saúde, assistência social, educação, Conselho Tutelar, delegacias, Ministério Público e Poder Judiciário (**Anexo I**).

II – Relatório Técnico da Escuta Especializada (Órgãos Administrativos): destinado à instrução de procedimentos administrativos, sindicâncias e processos disciplinares (**Anexo II**).

III – Informativo de Atendimento (Pais e Responsáveis): documento com caráter informativo, contendo apenas os encaminhamentos realizados, sem exposição de conteúdo sensível. Que está descrito na Normativa ____/2026.

IV – Registro de Atendimento (Uso Interno): documento restrito ao NMIA, contendo histórico, dados e registros técnicos (**Anexo III**).

V – Formulário de Referência e Contra Referência: Resumo do caso e descrição dos encaminhamentos, solicitações e recomendações a cada órgão da rede de proteção (**Anexo VI**).

Art. 6º As solicitações de documentos deverão ser formalizadas via protocolo, e-mail institucional ou sistema judicial, acompanhadas de justificativa e documentação pertinente.

CAPÍTULO III – DA REVELAÇÃO ESPONTÂNEA NA REDE

Art. 7º Considera-se revelação espontânea o relato voluntário da criança ou adolescente acerca de situação de violência, realizado a qualquer profissional da rede.

Art. 8º O profissional deverá limitar-se ao acolhimento e escuta empática, sendo vedada a realização de investigação ou aprofundamento do relato.

Art. 9º O registro da revelação deverá ser realizado em formulário próprio, de forma fiel e objetiva (**Anexo IV**).

Art. 10º Após o registro, a criança ou adolescente deverá ser encaminhada ao NMIA, mediante documentação adequada, incluindo ficha de notificação (**Anexo V**) e formulário de referência (**Anexo VI**).

CAPÍTULO IV – DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 11º Esta Portaria estabelece diretrizes para organização, padronização e qualificação dos fluxos de atendimento no NMIA.

Art. 12º Todos os procedimentos deverão observar os princípios da proteção integral, prioridade absoluta e não revitimização.

Art. 13º Os documentos produzidos possuem caráter sigiloso, sendo vedada sua divulgação indevida.

Art. 14º O acesso às informações será restrito aos órgãos competentes e às finalidades distintas de cada órgão.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Art. 15° Os casos omissos serão analisados pela equipe do NMIA, podendo ser encaminhados aos órgãos competentes quando necessário.

Art. 16° Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Fazenda Rio Grande/PR, 14 de abril de 2026.

**Giuliana Dal Toso Marcondes
Secretária Municipal de Assistência Social
Decreto nº 7665/2025**

ANEXO I

MODELO – RELATÓRIO DE ESCUTA ESPECIALIZADA

RELATO DE ESCUTA ESPECIALIZADA (REDE DE PROTEÇÃO)

DATA: ___/___/2026

HORA:

IDENTIFICAÇÃO:

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Nome: | | |
| Nome social: | | |
| Gênero: | Data de Nasc.: | Idade: |
| Nome da Mãe: | | Tel: |
| Nome do Pai: | | Tel: |
| Pessoa responsável para contato: | Vínculo: | Tel: |
| Rua: | nº: | Complemento: |
| Bairro: | Município: FAZENDA RIO GRANDE | UF: PARANÁ |
| Ponto de Referência: | | |
| CRAS de Referência: | | |
| Unidade de Saúde de Referência: UBS | | |
| Escola onde estuda: | | |
| Fez ficha SINAN: () SIM () NÃO | | Notificou o Conselho Tutelar: () SIM () NÃO |
| Ano: | | Turno: |

DESCRIÇÃO OBJETIVA DOS POSSÍVEIS FATOS:

Demanda encaminhada pelo(a)

PROCEDIMENTO DE ESCUTA (LIVRE RELATO)

ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL

Em entrevista com o (a) responsável, após realizar orientações sobre o NMIA e procedimento de escuta especializada, o (a) Senhor (a) ... relata: “

Questionado (a) sobre a composição e rotina familiar, diz:

Indagado (a) sobre a escola, relata: “

Abordado (a) se gostaria de falar mais sobre o assunto, diz:

Interpelado (a) como havia ficado sabendo disso, disse:

Questionado (a) se algum mais sabe do fato relatado, afirma: “

Questionado (a) como está se sentindo, sobre isso, diz:

Após informações sobre o registro do procedimento e demais encaminhamentos encerramos.

NOME DO INFANTE-ANOS

Em procedimento infante/adolescente apresentou-se aparentemente tranquilo, comunicativo, expressou-se com clareza e respondeu todas as perguntas que lhe foram endereçadas.

Após orientações sobre o NMIA e procedimento de escuta, a respeito da sua vinda disse: “

Questionado se gostaria de falar sobre o que aconteceu, começou a narrar os fatos: “

Questionado sobre a composição e rotina familiar, diz: “

Indagado sobre a escola, relata: “

Oriento o infante/ adolescente a respeito das formas de violência, sobre possuir um adulto de referência para relatos de ocorrências, sobre isso disse: “

Abordado se gostaria de falar mais sobre o assunto, diz: “

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Questionado se alguém mais sabe do fato relatado, afirma: “

Questionado como está se sentindo, diz: “

Após informações sobre o registro do procedimento e demais encaminhamentos encerramos.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:

Escuta Especializada;
Entrevista e orientações com responsável;
Relatório de Escuta Especializada.

OBSERVAÇÕES / RECOMENDAÇÕES / SOLICITAÇÕES:

- Encaminhamento ao CREAS;
- Notificação ao Conselho Tutelar;
- Informativo a DPC;
- Encaminhamento ao Ministério Público;
- Ciência para a Secretaria Municipal de Educação;
- Encaminhamento para Estratificação de Risco em Saúde Mental;
- Encaminhamento para o Núcleo da Mulher para Assessoria Jurídica;
- Encaminhamento Vigilância Epidemiológica;
- Ciência ao Colégio Estadual ...

Fazenda Rio Grande, ___ de ___ de 2026.

Nome do Profissional

Matrícula

Escuta Especializada - NMIA

Nome do Profissional

Matrícula

Escuta Especializada - NMIA

**ANEXO II
MODELO – RELATÓRIO TÉCNICO**

RELATÓRIO TÉCNICO – ESCUTA ESPECIALIZADA

Data: ___/___/2026

De: Núcleo Municipal da Infância e Adolescência (NMIA)

Para: em resposta ao processo/ 2026

| |
|----------------------------------|
| Nome: |
| Data de Nascimento: |
| Responsável legal: |
| Data da Escuta: |
| Local da Realização: |
| Profissional Responsável: |

1. Finalidade do Documento;

Relatório técnico elaborado conforme a Lei nº 13.431/2017, com finalidade protetiva e de subsidiar a Rede de Proteção.

2. Contextualização;

| |
|--|
| |
|--|

3. Procedimento Realizado (Descrição Técnica);

| |
|--|
| |
|--|

4. Síntese

| |
|--|
| |
|--|

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Documento sigiloso, de uso exclusivo para proteção da criança/adolescente, sendo vedada sua divulgação indevida.

Fazenda Rio Grande, de, de 2026.

Nome do Profissional
Matrícula
Escuta Especializada - NMIA

Nome do Profissional
Matrícula
Escuta Especializada - NMIA

ANEXO III

MODELO – REGISTRO DE ATENDIMENTOS

Data: / /2026 Hora: 08H30 Responsável pela Escuta Especializada:

Caso Reincidente?

Origem do Encaminhamento:

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

| | | |
|-------------------------------------|---|--------------|
| Nome: | | |
| Nome social: | | |
| Gênero: | Data de Nasc.: | Idade: |
| Nome da Mãe: | Tel: | |
| Nome do Pai: | Tel: | |
| Pessoa responsável para contato: | Vínculo: | Tel: |
| Rua: | nº: | Complemento: |
| Bairro: | Município: FAZENDA RIO GRANDE | UF: PARANÁ |
| Ponto de Referência: | | |
| CRAS de Referência: | | |
| Unidade de Saúde de Referência: UBS | | |
| Escola onde estuda: | Ano: | Turno: |
| Fez ficha SINAN: () SIM () NÃO | Notificou o Conselho Tutelar: (X) SIM () NÃO | |

2. DADOS EM ATENDIMENTO:

| Orientação Sexual: | Identidade de Gênero: | Raça/cor/etnia: | PCD/Transtorno mental | Gest? | Estado Civil: | Nacionalidade | Rede de Ensino |
|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-------|---------------|---------------|----------------|
| | | | | | | | |

3. VIOLAÇÕES DE DIREITOS:

SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA E/OU DIREITO VIOLADO/ OU SUSPEITA:

Durante procedimento de escuta especializada o infante relatou situações compatíveis com

(X) Não identificada violação de direitos.

Autor da Violação: Nome:

Vínculo:

Bairro:

Cidade:

4. ENCAMINHAMENTOS:

| | |
|--|--|
| • Encaminhamento ao CRAS ou CREAS; | |
| • Notificação ao Conselho Tutelar; | |
| • Informativo a Delegacia de Polícia Civil; | |
| • Encaminhamento ao Ministério Público; | |
| • Ciência para Secretaria Municipal de Educação; | |
| • Ciência para Colégio Estadual ... | |
| • Encaminhamento a Secretaria Estadual de Educação; | |
| • Encaminhamento para Núcleo da Mulher para Assessoria Jurídica; | |
| • Encaminhamento para Estratificação de Risco em Saúde Mental; | |
| • Encaminhamento ao CADI; | |
| • Encaminhamento ao Coletivo Inclusão; | |
| • Encaminhamento Vigilância Epidemiológica. | |

5. PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:

| | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|-----|
| Entrevista com pais/ responsáveis; | 1 | Discussão de caso (com quem?); | NÃO |
| Escuta especializada; | 1 | Contato com a rede (quem?); | NÃO |
| Orientações gerais com infante; | 1 | Contato telefônico com usuário; | SIM |
| Orientações gerais com responsável; | 1 | Consulta nos cadastros antigos. | SIM |
| SINAN | | | |

ANEXO V

MODELO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

| República Federativa do Brasil Ministério da Saúde | | SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL | | Nº | | | |
|---|----------------------------|---|---|--------------------------------|---|------------------------------------|----------|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | | |
| | 2 | Agravo/doença | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | Código (CID10) Y09 | | | |
| | 3 | Data da notificação | | | | | |
| | 4 | UF | 5 | Município de notificação | | | |
| | 6 | Unidade Notificadora | | | | | |
| Notificação Individual | 7 | Nome da Unidade Notificadora | | Código Unidade | | | |
| | 8 | Unidade de Saúde | | Código (CNES) | | | |
| | 9 | Data da ocorrência da violência | | | | | |
| | 10 | Nome do paciente | | | | | |
| | 11 | Data de nascimento | | | | | |
| Dados de Residência | 12 | (ou) Idade | 13 | Sexo | | | |
| | 13 | Sexo | | 14 | Gestante | | |
| | 14 | Gestante | | | 15 | Raça/Cor | |
| | 15 | Raça/Cor | | | 16 | Escolaridade | |
| | 16 | Escolaridade | | | 17 | Número do Cartão SUS | |
| | 17 | Número do Cartão SUS | | 18 | Nome da mãe | | |
| | 19 | UF | 20 | Município de Residência | Código (IBGE) | 21 | Distrito |
| | 22 | Bairro | 23 | Logradouro (rua, avenida,...) | Código | | |
| | 24 | Número | 25 | Complemento (apto., casa, ...) | 26 | Geo campo 1 | |
| | 27 | Geo campo 2 | | 28 | Ponto de Referência | 29 | CEP |
| 30 | (DDD) Telefone | | 31 | Zona | 32 | País (se residente fora do Brasil) | |
| Dados Complementares | | | | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 33 | Nome Social | | | 34 | Ocupação | |
| | 35 | Situação conjugal / Estado civil | | | | | |
| | 36 | Orientação Sexual | | 37 | Identidade de gênero: | | |
| | 37 | Identidade de gênero: | | | | | |
| Dados da Ocorrência | 38 | Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? | | 39 | Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? | | |
| | 39 | Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? | | | | | |
| | 40 | UF | 41 | Município de ocorrência | Código (IBGE) | 42 | Distrito |
| | 43 | Bairro | 44 | Logradouro (rua, avenida,...) | Código | | |
| 45 | Número | 46 | Complemento (apto., casa, ...) | 47 | Geo campo 3 | | |
| 48 | Geo campo 4 | | 49 | Ponto de Referência | 50 | Zona | |
| 50 | Zona | | 51 | Hora da ocorrência | | | |
| 51 | Hora da ocorrência | | | | | | |
| 52 | Local de ocorrência | | 53 | | Ocorreu outras vezes? | | |
| 53 | Ocorreu outras vezes? | | | | | | |
| 54 | A lesão foi autoprovocada? | | | | | | |

SVS 15.06.2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA RIO GRANDE SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|--|
| Violência | 55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado | | |
| | 56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil | | 57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro |
| Violência Sexual | 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros | | |
| | 59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei | | |
| Dados do provável autor da violência | 60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) | 62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> |
| | 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | |
| Encaminhamento | 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado | | |
| | 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente | | |
| Dados finais | 66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado | 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado | 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX |
| | 69 Data de encerramento | | |
| Informações complementares e observações | | | |
| Nome do acompanhante | | Vínculo/grau de parentesco | (DDD) Telefone |
| Observações Adicionais: | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 | | TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | Disque Direitos Humanos 100 |
| Município/Unidade de Saúde | | Cód. da Unid. de Saúde/CNES | |
| Nome | | Função | Assinatura |
| Violência interpessoal/autoprovocada | | Sinan | SVS 15.06.2015 |

ANEXO VI

MODELO – REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA / CONTRA-REFERÊNCIA

Data: / /2026

De:

Para:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

| | | |
|---|-------------------------------|--------------|
| Nome: | | |
| Nome social: | | |
| Gênero: | Data de Nasc.: | Idade: |
| Nome da Mãe: | Tel: | |
| Nome do Pai: | Tel: | |
| Pessoa responsável para contato: | Vínculo: | Tel: |
| Rua: | nº: | Complemento: |
| Bairro: | Município: FAZENDA RIO GRANDE | UF: PARANÁ |
| Ponto de Referência: | | |
| CRAS de Referência: | | |
| Unidade de Saúde de Referência: UBS | | |
| Escola onde estuda: | | |
| Ano: | | Turno: |
| Fez ficha SINAN: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Notificou o Conselho Tutelar: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO INICIAL

RELATO DO CASO / CONTEXTUALIZAÇÃO

PROVIDÊNCIAS / INTERVENÇÕES ADOTADAS PELA SUA INSTITUIÇÃO NESTE MOMENTO

SOLICITAÇÕES / RECOMENDAÇÕES / PRAZOS

ANEXOS

Fazenda Rio Grande, de, de 2026.

Assinatura

Assinantes

✓ **Giuliana Batista Dal Toso Marcondes**

Assinou em 14/04/2026 às 15:29:32 com Certificado Digital Qualificado, emitido em nome de GIULIANA BATISTA DAL TOSO MARCONDES com o CPF ***.493.229-**, nos termos do § 1º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001.

Eu, Giuliana Batista Dal Toso Marcondes, estou ciente das normas descritas na Lei nº 14.063/2020, no que se refere aos tipos de assinaturas consideradas como válidas para a prática de atos e interações pelos Entes

Veracidade do documento



Documento assinado digitalmente.

Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse o site **verificador-assinaturas.plataforma.betha.cloud** e insira o código abaixo:

E4M

4LN

487

YMY