



4187698



00135.204985/2024-09

**CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS**

SCS - B - Quadra 09 - Lote C - Edifício Parque Cidade Corporate, Torre A
Brasília, DF. CEP 70308-200 - Telefone: (61) 2027 - 3907 -
<https://www.gov.br/participamaisbrasil/cndh>

NOTA TÉCNICA CNDH Nº 2/2024/CA.CNDH/CNDH/GM.MDHC/MDHC

INTERESSADO(S): Coordenação-Geral da Assessoria Especial de Assuntos Parlamentares e Federativos, do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.

1. ASSUNTO

Essa Nota Técnica visa analisar o PL 551/24, apresentado pelo Deputado Federal Carlos Jordy no dia 05/03/2024 na Câmara Federal dos Deputados. O presente Projeto de Lei tem como objetivo alterar a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para dispor sobre a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais em cumprimento de penas e medida de segurança.

O Projeto de Lei restringe direitos humanos das pessoas com deficiência psicossocial e é inconstitucional. O PL se inscreve como uma reação a Resolução CNJ (Conselho Nacional de Justiça) nº 487, de 15 de fevereiro de 2023 que fixa procedimentos e prazos para o cumprimento legal e a realização por consequência do processo de desinstitucionalização. Dessa forma, é parte de uma agenda para a manutenção do status atual dos Hospitais de Custódia, como foi o Projeto de Decreto Legislativo nº 81/2023 (3567445), apresentado pelo deputado Kim Kataguirí (União/SP).

2. REFERÊNCIAS

- 2.1. Art. 49, inciso I, da Constituição.
- 2.2. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, Relatório final - <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf>.
- 2.3. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.
- 2.4. Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- 2.5. Lei nº 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Status de emenda constitucional.
- 2.6. Resolução nº 8, de 14 de agosto de 2019, do Conselho Nacional de Direitos Humanos, que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

2.7. Resolução CNJ nº 113/2010, que dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências.

2.8. Recomendação CNJ nº 35/2011, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução das medidas de segurança.

3. **SUMÁRIO EXECUTIVO**

O Conselho Nacional dos Direitos Humanos se manifesta pela rejeição do PL nº 551/2024, de autoria do Deputado Federal Carlos Jordy, tanto pelas inconsistências em relação às atribuições das diversas tipologias de internação, não trazendo assim, nenhuma inovação ou melhoria a Lei 10.216/01. E em especial considerando o alto impacto negativo no que se refere a norma constitucional e as violações dos direitos das pessoas com deficiência psicossocial que tem como referência a legislação brasileira advinda do decreto 6.949/2009, que acolhe as diretrizes pactuadas na convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência e ratificada pela promulgação da lei 13.146/2015 com *status* de emenda constitucional (Lei Brasileira de Inclusão).

4. **ANÁLISE**

4.1. O Projeto de Lei nº 551/2024 que altera a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e dispõe sobre a internação compulsória de pessoas com transtornos mentais em cumprimento de penas e medida de segurança, propõe o acréscimo de três incisos, com o objetivo de garantir a internação compulsória de pessoas que forem condenadas ao cumprimento de pena ou de medida de segurança, bem como, criar alas exclusivas nos equipamentos de saúde (buscando o isolamento dos mesmos), garantindo nenhum contato, dos mesmos, com os demais usuários e usuárias, desconsiderando a Resolução CNPCP nº 4/2010 que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança; e, a própria Lei 10.216/01 que já tipifica três tipos de internação, sendo dois deles construídos com as equipes de saúde, sendo ato médico a sua prescrição, a internação voluntária e a involuntária e um terceiro sendo de prerrogativa exclusiva do sistema de justiça (a internação compulsória).

4.2. Reiteramos ser imperioso definir a significação de internação psiquiátrica compulsória, pois abreviada no texto da lei 10.216/01. Sob interpretação sistemática da legislação pátria, e à luz das demais fontes do direito, a internação psiquiátrica compulsória é, tal qual a involuntária, uma modalidade forçada de internação. A única diferença perante a involuntária é o contexto procedimental em que a determinação (compulsória) ocorre: judicial. Contudo, em atenção aos princípios dos marcos regulatórios em direitos humanos e saúde mental, nenhuma nova norma deve escapar aos ditames segundo os quais qualquer internação psiquiátrica deve ser precedida de posição médica. Mais que isso, é a avaliação psicossocial (incluída, portanto, a psiquiátrica) que determina a validade de um procedimento hospitalar, tal qual em qualquer outra área da saúde, haja vista que nenhuma internação hospitalar deve ser determinada por via judicial. Tampouco seria diferente no caso de atenção em saúde mental. Assim é que a internação compulsória, por ser definida pela via psiquiátrica, deve ser por esse profissional precedida, isto é, deve ter na ação médica o ato decisório de sua necessidade para fins de cuidado. Cabe, logo, ao Poder Judiciário tão somente garantir os princípios constitucionais constantes de qualquer litígio, quais sejam, contraditório, ampla defesa, direito ao silêncio e à não autoimputação de infrações, entre outros. Estabelecidas as regras do sistema democrático de justiça, sobressaindo a necessidade de internação forçada, cabe então ao Poder Judiciário apenas a homologação do ato médico – consubstanciado pela avaliação psicossocial – de internação psiquiátrica, ginástica

procedimental que se nomeia “internação psiquiátrica compulsória”.

4.3. Neste ponto, cumpre destacar que outras regulamentações também precisam ser consideradas, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência: *“Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação”*, o Art. 11: *“A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada”*, o Art. 13: *“A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis”* e o Art. 88: *“Praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em razão de sua deficiência”*. Importante destacar que o Estatuto da Pessoa está assentado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

4.4. No Projeto de Lei nº 551/2024 há alguns pontos que precisam ser observados, tais como:

4.5. No art. 1º do PL 551/2024 afirma-se constar do art. 9º da lei: *“§1º As pessoas que forem condenadas ao cumprimento de pena ou de medida de segurança, acometidas de algum transtorno mental que, a critério médico, represente perigos para terceiros, serão internadas compulsoriamente”*. Nesse inciso o deputado imputa a decisão do médico a realização da internação compulsória, no entanto, não especifica quem realizará a internação compulsória, prerrogativa exclusiva da justiça (que já tem isso tipificado na Lei 10.216/01). Importante destacar que a equipe de saúde e o ato médico, está associado, não a internação compulsória, mas sim, a internação involuntária. Nesse sentido, o Projeto de Lei está confuso, em relação às tipologias de internação e quem poderá realizar.

4.6. No art. 1º afirma, ainda, constar no art. 9º da lei: *“O disposto no artigo 9º desta Lei não impede à autoridade judiciária competente determinar o cumprimento de medida internação compulsória, de caráter preventivo ou definitivo, em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou outra instituição congênere, sempre que as unidades de atendimento à saúde gerais ou exclusivas ofertadas pelo Poder Público não oferecerem as condições de segurança exigidas à proteção dos demais pacientes, dos profissionais da saúde em atuação no local e da população em geral, especialmente quanto ao risco de fuga”*. Nesse trecho o Deputado proponente afirma que a internação compulsória é da autoridade judiciária, algo que não deixa claro no inciso I que quer alterar na Lei 10.216/01. Evidenciando a inconsistência do PL em lidar com as tipologias da internação e não trazendo consequentemente nenhuma melhoria a Lei 10.216/01. O art. 9º da lei informa, ainda, que: *“§2º Os estabelecimentos de saúde que forneçam serviços de atenção à saúde mental disporão, obrigatoriamente, de setores e alas que possam individualizar a internação de pacientes de maior periculosidade e daqueles que estejam em cumprimento de penas ou medidas de segurança, com instalações e equipamentos que os mantenham separados dos demais pacientes, e que disponham de estratégias efetivas de contenção, caso necessário”*. Neste inciso e no III apresentado no PL busca-se criar nos equipamentos especializados de saúde um tipo de separação dos deficientes psicossociais que sejam oriundos dos Hospitais de Custódia, criando espaços segregadores e que não estão voltados à reabilitação psicossocial e sua estratégia de ressocialização e inclusão social. Importante destacar que o Estatuto da Pessoa com Deficiência impede essa prática. Dessa forma, uma lei ordinária não pode suplantiar dispositivos previstos em uma legislação que foi aprovado com as regras de status constitucional. Ademais, não cabe à lei federal estabelecer o modo administrativo de funcionamento interno de estabelecimento de saúde por perfil clínico, mas às normas operacionais, protocolos

clínicos e diretrizes terapêuticas do Sistema Único de Saúde. Logo, mostra equívoco o texto ao determinar a existência de “setores e alas que possam individualizar a internação de pacientes de maior periculosidade e daqueles que estejam em cumprimento de penas ou medidas de segurança (...) com instalações e equipamentos que os mantenham separados dos demais pacientes”. Tais atribuições são de competências municipal e, complementarmente, estadual, conforme a lei federal n. 8.080, que institui o Sistema Único de Saúde:

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

III - Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

VIII - Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

Art. 18. À direção municipal do SUS compete:

I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde [...]

4.7. O §4º do mesmo art. 9º da proposta parece propor regulamentar o art. 41 do Código Penal (“doença mental” superveniente ao cumprimento de pena). Contudo, não há de se esperar do corpo médico a previsão temporal da internação, pois fere normas éticas da medicina, haja vista que nenhum prognóstico deve se pautar por termo final, dada a natureza dos processos de cuidado, sobretudo em saúde mental. Não é, portanto, intuitivo o tempo previsto do cuidado. Assim preconiza o Código de Ética Médica (Resolução CFM n. 22 17 DE 27/09/2018):

Capítulo I

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

XVII - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

4.8. Neste sentido, o art. 2º do PL em comento, a previsão proposta fere frontalmente a disposição da Lei n. 9.455/1997, que “define os crimes de tortura e dá outras providências. Segundo seu art. 1º, “constitui crime de tortura (...) submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de violência ou grave ameaça, a intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo”. Mais que isso,

[...] Na mesma pena incorre quem submete pessoa presa ou sujeita a medida de segurança a sofrimento físico ou mental, por intermédio da prática de ato não previsto em lei ou não resultante de medida legal

(...)

§ 4º Aumenta-se a pena de um sexto até um terço:

II – Se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos [...]

A decisão de submeter a pessoa ao asilamento em hospitais de custódia por motivo de falta de estabelecimento de saúde adequado impõe ao sujeito a responsabilidade de responder pela negligência estatal. Ademais, o caráter preventivo da decisão agrava o asilamento de tal modo que constitui crime de tortura.

4.9. A Resolução CNJ nº 487/2023 se assenta nas legislações já existentes no país e no sentido ontológico previsto na Lei 10.216/01 e nas diretrizes e recomendações dos organismos internacionais (ONU - Organização das Nações Unidas e OMS) da implementação de processos de desinstitucionalização; assim

como em resoluções e recomendações do próprio órgão e de conselhos de direitos como:

a) Resolução CNJ nº 113/2010, que dispõe sobre os procedimentos relativos à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, no âmbito dos Tribunais.

b) Recomendação CNJ nº 35/2011, que estabelece diretrizes para a desinstitucionalização e o redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto, indicam a adoção de política antimanicomial na execução das medidas de segurança, nos termos da Lei nº 10.216/2001.

c) Resolução CNPCP nº 4/2010, indica que no prazo de dez anos, o Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, deveria ter implantado e concluído a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança pelo modelo antimanicomial, através de programa de atenção ao paciente judiciário.

d) Resolução nº 08, de 14 de agosto de 2019, que dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas.

4.10. A resolução do CNJ não cria nada, apenas estabelece diretrizes e procedimentos para aplicabilidade das normas nacionais e internacionais vigentes, a exemplo da Constituição Federal, do Código Penal e do Código de Processo Penal, da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.416/2015) e da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, que foi internalizada pelo país com força de emenda constitucional (Decreto Nº 6.949/2009).

4.11. A proposta da Política Antimanicomial foi, justamente, fazer com que as regras já existentes (e válidas de longa data) sejam efetivamente cumpridas, ao mesmo tempo oferecendo melhores instrumentos para que o Poder Judiciário possa se adequar a essas normas. A Resolução, foi aprovada em votação plenária pelos conselheiros do CNJ e com força normativa para o Judiciário, parte de extensa base legal traduzida pela Política Antimanicomial do Poder Judiciário e não cria nenhuma ciência, instrumentalizando a aplicação da base legal elencada em seus “considerandos”. Quando as condições de internação em hospitais de custódia violam o cumprimento da lei, torna-se, obrigatoriamente, objeto de atenção do Judiciário. A temática foi discutida amplamente com diferentes atores por quase dois anos no Grupo de Trabalho instituído pelo CNJ no contexto da audiência sobre a condenação do Brasil no caso Ximenes Lopes vs. Brasil, que trata de paciente psiquiátrico que morreu em uma clínica psiquiátrica, o Damião Ximenes Lopes. Esse grupo contou com representantes também da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

4.12. O paciente com transtorno mental em medida de segurança continuará sendo acompanhado pelo Judiciário, inclusive em seu Artigo 13 da Resolução recomenda à autoridade judicial a interlocução constante com a equipe do estabelecimento de saúde que acompanha a pessoa, a EAP ou outra equipe conectora, para que sejam realizadas avaliações biopsicossociais a cada 30 (trinta) dias.

4.13. Neste sentido, o CNJ não muda regras para internações psiquiátricas e não faz avaliações gerais sobre situações específicas de cada pessoa em medidas de segurança - cada caso deve ser analisado pelo juízo competente, dentro das especificidades de cada situação, mas sempre zelando pela aplicação das leis e normas em vigor, que é o que a resolução busca instrumentalizar; o juiz seguirá

pautado na opinião de equipes médicas e de saúde, que vão recomendar ou não o seguimento da internação ou indicar a continuidade do atendimento sob outro modelo ou regime quando necessário.

4.14. Há diferentes necessidades das pessoas inimputáveis que deverão ser consideradas em medida de segurança devem ser observadas no tratamento seguindo o Projeto Terapêutico Singular (PTS) que também consta na resolução. A política não muda o cumprimento de penas. As penas são cumpridas por aqueles que compreendem o crime que praticaram. A resolução só diz respeito a quem não tinha consciência de seus atos, situação atestada após avaliação por equipe de saúde especializada. A lei considera essas pessoas inimputáveis.

4.15. Cabe salientar que nem todos os pacientes precisarão de internação e, portanto, leito em Hospital Geral. Segundo determina a resolução, cada pessoa deve ter seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) formulado e as respostas para cada necessidade. A RAPS conta com vários serviços, por exemplo: na Atenção Básica, Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura. Atenção Psicossocial Estratégica; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades. Atenção de Urgência e Emergência; SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial; Atenção Hospitalar; Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Estratégia de Desinstitucionalização; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC); Estratégias de Reabilitação Psicossocial; Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; e, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

4.16. A resolução não suprime nenhum tipo de avaliação de competência de outras áreas. Inclusive, fala em vários momentos em respeitar e levar em conta as considerações e avaliações da equipe de saúde, que inclui os profissionais da especialidade médica, no acompanhamento dos pacientes, considerando a noção ampliada de saúde da OMS e seus determinantes sociais e a mudança de paradigma trazida pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), conforme listado em seu Artigo 2º.

4.17. Dentre os que tiverem necessidade de internação, após avaliação por equipe de saúde, ficarão internados nos dispositivos previstos no SUS/RAPS enquanto necessário como parte do tratamento. O fato de terem cometido algum ato definido como crime não os torna mais suscetíveis do que os demais para cometer outros atos. O manejo de situações de risco psiquiátrico segue um protocolo definido pelos profissionais da saúde, aplicável a todas as pessoas em tratamento. Partindo de que a melhor forma de proteger a todos – tanto as pessoas em medidas de segurança, quanto a sociedade em geral –, garantindo a aplicação de normas e leis em vigor definidas segundo melhores práticas observadas no Brasil e no mundo, é que essas pessoas estejam sob cuidados especializados, com profissionais especializados e em locais que ofereçam o tratamento adequado, o que não é o caso de muitos hospitais de custódia em operação no país, conforme apontado pela própria Cremesp em relatório publicado em 2014: https://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf. Além da evidência de própria análise médica sobre a situação dos hospitais de custódia mencionada na questão anterior, é importante destacar que é função precípua do Judiciário garantir o cumprimento de leis, que no caso, apontam para a impossibilidade de operação

dos hospitais de custódia no formato que estão no país hoje. A partir dessa premissa, o trabalho pela melhoria das políticas públicas deve ser contínuo.

4.18. O número de medidas de segurança em unidades prisionais está em queda segundo dados do Poder Executivo, estados como Rio de Janeiro e Piauí fecharam Hospitais de Custódia, enquanto Goiás nunca teve esse tipo de estabelecimento. Adicionalmente, diversos tribunais desenvolveram fluxos próprios para encaminhamentos, e vimos multiplicar os grupos de trabalho e ações interinstitucionais para a discussão do tema em pelo menos 17 estados, paralelamente, a responsabilidade pela elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), uma vez determinada a medida de segurança pelo Judiciário, é dos profissionais da área de saúde, conforme indicado em diversos momentos da resolução, a exemplo do Artigo 12, parágrafo 1. *§ 1º O acompanhamento da medida levará em conta o desenvolvimento do PTS e demais elementos trazidos aos autos pela equipe de atenção psicossocial, a existência e as condições de acessibilidade ao serviço, a atuação das equipes de saúde, a vinculação e adesão da pessoa ao tratamento.*

4.19. Importante salientar que diversas unidades da federação já se adequaram à legislação vigente. Enquanto o número de medidas de segurança em unidades prisionais está em queda segundo dados do Poder Executivo - eram 3989 pessoas nessa situação, no país, em 2011 chegamos a 1987 pessoas, em 2022 - estados como Rio de Janeiro e Piauí fecharam Hospitais de Custódia, enquanto Goiás nunca teve esse tipo de estabelecimento. Adicionalmente, diversos tribunais desenvolveram fluxos próprios para encaminhamentos, e vimos multiplicar os grupos de trabalho e ações interinstitucionais para a discussão do tema em pelo menos 11 estados.

4.20. Portanto, diante do exposto o Conselho Nacional de Justiça não “legislou” e nem “extrapolou” seus limites institucionais, ao contrário, reforçou sua missão institucional de “promover o desenvolvimento do Poder Judiciário em benefício da sociedade, por meio de políticas judiciárias e do controle da atuação administrativa e financeira”. Garantindo a efetividade das leis já vigentes no país. Algo, que na justificativa do PL afirma o contrário, tentando assim, justificar uma alteração legal para impedir o cumprimento da resolução do CNJ.

5. CONCLUSÃO

5.1. A partir desses considerandos se faz necessário a rejeição do PL 551/2024, do Deputado Federal Carlos Jordy, tanto pelas inconsistências em relação às atribuições das diversas tipologias de internação, não trazendo assim, nenhuma inovação ou melhoria a Lei 10.216/01, ao contrário, criando confusões e imprecisões em sua aplicação. Especialmente entra em choque com a pactuação internacional assinada pelo Brasil em março de 2007 na cidade de Nova York - EUA - A Convenção internacional Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, e com status equivalente ao de emenda constitucional (art. 5º, § 3º, CF), que amplia o rol dos direitos fundamentais e, portanto, não pode ser impactado por uma lei ordinária, sob pena de violação da regra constitucional da proteção da cláusula pétrea do art. 60, da CF.

6. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- 6.1. Projeto de Lei 551/2024 (4172389); e,
- 6.2. Ofício Circular 5 (4172438).

É a Nota Técnica.

Aprovo.

(assinado eletronicamente)

MARINA RAMOS DERMMAM

Presidenta

Conselho Nacional dos Direitos Humanos



Documento assinado eletronicamente por **Marina Ramos Dermmam, Presidente**, em 20/03/2024, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no **§ 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020**.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.mdh.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **4187698** e o código CRC **DEE0ECE7**.

Referência: 00135.204985/2024-09

SEI nº 4187698



Setor Comercial Sul, Edifício Parque Cidade Corporate, Quadra 9, Lote C, Torre A, 9ª Andar,
Asa Sul - Telefone: (61) 2027-3907
CEP 70308-200 Brasília/DF - <https://www.gov.br/participamaistrasil/cndh>