



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

PGR-00143301/2019

NOTA TÉCNICA Nº 5/2019/PFDC/MPF, DE 22 DE MARÇO DE 2019.

Tema: Saúde Mental

Ref.: Procedimento Administrativo nº 1.00.000.004129/2018-79

EXCELENTÍSSIMOS MINISTROS DA SAÚDE, DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA E DA CIDADANIA

1. Introdução

A presente nota técnica, emitida pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, tem por propósito explicitar as premissas fáticas e jurídicas que conduzem a concluir-se pela ilegalidade e inconstitucionalidade da atual política de saúde mental, que permite que pacientes permaneçam por longos períodos internados em manicômios.

2. Considerações iniciais

Após a Segunda Guerra Mundial, inicia-se na Itália o movimento antimanicomial, com repercussões mundiais, cujo objetivo era não somente humanizar o tratamento psiquiátrico, mas desconstruir todo um aparato de opressão aos transtornos mentais.

Na Itália, a Lei 180/1978, idealizada pelo médico Franco Basaglia, pôs fim aos manicômios, que foram substituídos pelo atendimento multidisciplinar, com uma rede de emergências psiquiátricas nos hospitais gerais, moradias assistidas, cooperativas de trabalho e serviços comunitários de atenção aos portadores de transtornos mentais. Esse modelo foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS/ONU) como o ideal a ser seguido pelo resto do mundo.

No Brasil, o movimento pela reforma psiquiátrica, surgido nos anos 1970, em meio à efervescência política e social contra a ditadura militar, foi encampado por médicos contra as condições de descaso e violência nas quais eram mantidos os pacientes internados. Nesse período ocorreu a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), que culminou com a demissão de 260 trabalhadores de 4 unidades de saúde mental, os quais denunciavam as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. Esse movimento dos trabalhadores na área de saúde mental está inserido em um



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

contexto mais amplo de luta pela redemocratização do país. Também nessa época desencadeou-se a greve dos metalúrgicos do ABC que, persistindo por longo tempo, fez com que o governo militar editasse o Decreto-lei 1.632/1978, proibindo greves em setores considerados essenciais¹.

Nesse mesmo ano de 1978, surge um dos principais protagonistas na luta antimanicomial no Brasil: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, atuando sob sua própria legenda ou no interior de outros espaços de representação, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), torna-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental. O MSTM vai estabelecer, ao longo dos anos seguintes, uma agenda para o setor que, sob o título de “Reforma Psiquiátrica”, introduz a estratégia de democratização e desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas em saúde mental².

Os transtornos mentais deixaram de ser objeto exclusivo de estudos técnicos e ganharam status político, além de espaço na grande imprensa, que denunciava, quase que ininterruptamente, as condições dos hospitais psiquiátricos e as violações aos direitos humanos dos pacientes, muitos deles enjaulados, acorrentados e submetidos a maus tratos e choques. É ilustrativa desse quadro a série de reportagens denominada “Os Porões da Loucura”, publicada no Jornal “Estado de Minas”, em 1979, pelo jornalista Hiram Firmino, denunciando graves violações aos direitos humanos dos pacientes internados no Hospital Colônia, em Barbacena/MG³.

Tornou-se evidente a necessidade de transformar a relação da sociedade com a loucura, superando-se a segregação e a estigmatização dos sujeitos e estabelecendo-se uma relação horizontal de coexistência e solidariedade.

Nos anos 1980, em decorrência da redemocratização do país, surgiram propostas de reformulação da política de saúde pública como um todo. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde serviu de base à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Especificamente na área da saúde mental, realizou-se, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, à revelia do Ministério da Saúde, que era, à época, contrário às ideias reformadoras.

No plano internacional, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) proclamaram a Declaração de Caracas (1990), que rechaçou o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação dos serviços de saúde mental, por entender que a atenção psiquiátrica dita convencional não

¹ AMARANTE, Paulo. *Teoria e Crítica em Saúde Mental*. 1ª ed. São Paulo: Zagadoni Editora. 2015. p. 16.

² Idem, pg. 17/18.

³ Disponível em: <<https://www.em.com.br/app/noticia/especiais/alem-dosmuros/2017/05/05/alem-dos-muros,867127/memorias-de-um-holocausto-a-brasileira.shtml>>. Acesso em 12 mar. 2019.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

permitiria alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva⁴.

Após a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e sob os ideais da Declaração de Caracas, surgiu o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), composto por profissionais de saúde, pacientes, familiares e ativistas de direitos humanos, que se organizou em vários núcleos nas capitais e em todas as grandes cidades do país⁵. Como fruto da pressão social, o Ministério da Saúde editou várias portarias criando oficialmente, na estrutura do SUS, serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, a exemplo dos hospitais-dia e dos centros e núcleos de atenção psicossocial⁶.

No Brasil, a experiência mais significativa de desinstitucionalização ocorreu na cidade de Santos/SP, quando a Casa de Saúde Anchieta sofreu uma intervenção do município, o qual tomou para si a responsabilidade de desconstruir a lógica manicomial e garantir os direitos humanos dos pacientes. Uma das primeiras providências foi abrir e destruir as “celas fortes” e convocar todos os pacientes, indistintamente, para assembleias, nas quais eram discutidas e estabelecidas coletivamente normas de convivência, com a finalidade de gerar uma atmosfera de cooperação e de corresponsabilidade⁷. Nesse contexto, foi apresentado o PL 3.657/1989, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos terapêuticos.

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, foi sancionada no mesmo ano em que se realizou a III Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo ambas marcos importantes da reforma psiquiátrica. A Lei 10.216/2001 vê a pessoa com transtorno mental como sujeito de direito, à qual assegura: ser tratada com humanidade e respeito, visando alcançar sua recuperação (art. 2º, II); ser protegida contra toda forma de abuso e exploração (art. 2º, III); ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades (art. 2º, I); e que esse tratamento ocorra com os meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, VIII e IX).

É vedada, ainda, a internação em estabelecimentos com características asilares (art. 3º, § 3º). Em caráter substitutivo, os serviços de saúde territorializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

⁴Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em 13 mar. 2019.

⁵ Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/2067-2074/>>. Acesso em 12 mar. 2019.

⁶ Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Disponível em: <http://www.ccs.sau.gov.br/sau_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 19 mar. 2019.

⁷ Disponível em: <<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1017/1144>>. Acesso em 14 mar. 2019.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

A Lei 10.216/2001 previu política pública específica para os pacientes hospitalizados há longo tempo, denominados “institucionalizados”, os quais devem ser objeto de “alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (art. 5º).

No intuito de materializar tais avanços, a Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, criou o “Programa de Volta para Casa”, prevendo o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressos de longas internações.

A Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e determinou a ampliação e o fortalecimento dos serviços extra-hospitalares, centrados na atenção multidisciplinar, na inclusão e na autonomia das pessoas com transtorno mental.

Todo esse arcabouço normativo, que tem como centralidade a dignidade da pessoa com transtorno mental e a sua condição de sujeito de direito, levou a uma expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registradas 610 residências terapêuticas, com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas, e o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários⁸.

Nos últimos anos, no entanto, foram registrados significativos retrocessos no SUS, notadamente o subfinanciamento do setor. Na área da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, cujo propósito enunciado é “fortalecer e apoiar técnica e financeiramente o processo de desinstitucionalização de pacientes moradores em Hospitais Psiquiátricos” (art. 8º). No entanto, inclui os hospitais psiquiátricos especializados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), o que contraria a excepcionalidade da internação psiquiátrica e o tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º, parágrafo único, IX, da Lei 10.216/2001).

A Resolução nº 32/2017 previu, ainda, a parceria entre Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério do Trabalho em

⁸ Disponível em: < https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em 13 mar. 2019.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

relação às comunidades terapêuticas (art. 11), instituições que, no Brasil, têm natureza asilar.

Tais disposições representam um retrocesso na política de saúde pública, por acarretarem o retorno a um modelo arcaico de tratamento, que subtrai o paciente da sua existência e da possibilidade concreta de sociabilidade, lançando-o num espaço de exclusão.

O modelo de inserção social e atenção multiprofissional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) se orienta pelos preceitos da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Lei nº 10.216/2001, e a manutenção, financiamento e a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos segue o rumo oposto.

O direito à vida independente e à inclusão na comunidade determina a excepcionalidade da internação hospitalar. Portanto, o dever do Estado brasileiro é garantir os serviços extra-hospitalares, a suficiência destes serviços e que as internações hospitalares sejam decrescentes. Aliás, o art. 4º da Lei 10.216/2001 determina que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. E o tratamento hospitalar, quando necessário, deve ocorrer em leitos de hospital geral, já que é discriminatório o isolamento baseado na deficiência.

A tese defendida na presente Nota Técnica é que a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017; a Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017; e a Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, violam, direta e expressamente, a Constituição Federal.

3. A afronta à Constituição e à lei

Não há como se recusar que a Constituição de 1988 representa verdadeira ruptura com os regimes constitucionais brasileiros a ela precedentes: pela primeira vez, distribui fartamente direitos, propõe-se a reorganizar os espaços sociais e a reorientar as relações entre as pessoas, atenta sempre ao diverso e ao plural. Tamanha engenharia jurídica, para uma sociedade historicamente desigual e injusta, tinha que contar com um princípio regulativo que ultrapassasse subjetividades, e esse só podia ser o da solidariedade.

Tal princípio conta com previsão expressa no artigo 3º da Constituição, ou seja, o compromisso na construção de uma sociedade livre, justa e solidária, com forte investimento na redução das desigualdades de todos os tipos e na proibição de preconceito e discriminação. A solidariedade, a partir de 1988, vai organizar o sentido coletivo da vida e passa a ser o marco relacional onde sentimento, ação e discurso se fazem possíveis.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Em momento posterior à sua gênese, e por conta do disposto no artigo 5º, § 3º, a Constituição também passou a contar com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹⁰ e seu Protocolo Facultativo, promulgada pelo Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Ao contrário do que a sua designação a princípio sugere, essa Convenção, ao tratar dos direitos das pessoas com deficiência, vai muito além desse aspecto específico, pois, tal como o artigo 3º antes referido, convoca as sociedades nacionais ao exercício da inclusão.

De fato, os princípios que a orientam são basicamente: “(a) o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas; (b) a não-discriminação; (c) a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; (d) o respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; (e) a igualdade de oportunidades; e (f) a acessibilidade” (artigo 3).

E, em seu preâmbulo, reconhece que “a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente (...)”, além de afirmar “a diversidade das pessoas com deficiência” (incisos “e” e “i” respectivamente).

Significa dizer que é impossível, antecipadamente, dizer que alguma pessoa não possui tais ou quais habilidades sem análise concomitante das barreiras culturais, comportamentais e ambientais que se colocam ao seu pleno desenvolvimento e da possibilidade de sua superação.

Convém lembrar que a Convenção, tal qual a Constituição de 1988, insere-se num movimento mundial em prol de igualdade e não-discriminação. Especificamente quanto ao tema em debate, em 2005, Julia Kristeva e Charles Gardou reúnem em Paris mais de 2000 participantes, dentre eles muitos representantes de Estados nacionais, para pensar a deficiência a partir de “um grande convite a reinventar lugares sociais e culturais”. O evento contou com profissionais das mais diferentes áreas: pedagogia, urbanismo, psicologia, medicina, filosofia, sociologia, etc. As suas conclusões são em tudo coincidentes com a inteligência da Convenção: sociedades plurais têm lugar para todas as pessoas, e os encontros entre elas são sempre fonte de enriquecimento mútuo¹¹.

⁹ “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais”.

¹⁰ “Artigo 1: Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

A Convenção, por essa razão, vai ter, na participação das pessoas com deficiência nos espaços sociais, um norte de duplo sentido: a importância da noção de pertencimento para todos os sujeitos e o ganho social da diversidade¹². Esse documento internacional, já incorporado à Constituição de 1988, chega a ser redundante a respeito do tema: garante às pessoas com deficiência direito à liberdade (artigo 14, 1, “a”); proíbe que a deficiência seja usada como justificativa para a privação de liberdade das pessoas com deficiência (artigo 14, 1, “b”); assegura às pessoas com deficiência a escolha de “seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidade com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia” (artigo 19, “a”); estabelece que “as pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade” (artigo 19, “b”); determina o fortalecimento e a ampliação de “serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais”, e que eles “estejam disponíveis às pessoas com deficiência o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive zona rural”, de modo a apoiar “a participação e a inclusão na comunidade e em todos os aspectos da vida social” (artigo 26, “b”); prevê expressamente a participação em todos os aspectos da vida política e pública (artigo 29), bem como na vida cultural, recreação, lazer e esporte (artigo 30).

Do mesmo modo, a Lei Brasileira de Inclusão – Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 – é atravessada pelas noções de autonomia e participação das pessoas com deficiência. Há dois dispositivos, no entanto, que, para o propósito dessa nota, merecem transcrição:

Art. 11. A pessoa com deficiência não poderá ser obrigada a se submeter a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização forçada.

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.

¹¹ Os debates produzidos na ocasião estão no livro “Handicap: le temps de engagements”; KRISTEVA, Julia e GARDOU, Charles. Paris: Presses Universitaires de France, 2006.

¹²Preâmbulo, *m*: “Reconhecendo as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades, e que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e de sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade e no significativo avanço do desenvolvimento humano, social e econômico da sociedade, bem como na erradicação da pobreza”.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

Somado a tudo que já foi exposto anteriormente, o que se tem é um novo modelo que compromete a sociedade e o poder público com um regime de direitos. Christian Finsterbusch Romero¹³ observa:

“En efecto, la discapacidad en sí misma, considerada en su desarrollo histórico, ha sido objeto de diferentes tratamientos, resultando de la sucesión de varios enfoques; sin embargo, el cambio más trascendente y revolucionario se produjo cuando se optó por transitar desde aquel que consideraba a una persona en situación de discapacidad como un sujeto meramente receptor de asistencia hacia uno que la consideraba sujeto de derechos, en donde el foco de la discapacidad dejó de centrarse en la persona, trasladándose a las barreras existentes en la sociedad que impiden a ésta poder incluirse en la misma en igualdad de condiciones. De acuerdo a Oliver "el modo de concebir la discapacidad condiciona la respuesta que la sociedad ofrece a la misma", por lo que el hecho de dotar de significado a los objetos que nos rodean determina que nuestro comportamiento a los mismos esté orientado en torno a aquel significado. De este modo, la aceptación del modelo social de derechos humanos tiene como consecuencia que la sociedad debe acomodar sus estructuras económicas y políticas, respetando la dignidad de quienes son diferentes. Como consecuencia de lo anterior, son los poderes públicos y los actores privados los llamados a asumir su responsabilidad en la modificación o eliminación de todas aquellas barreras que limitan a las personas en situación de discapacidad (en adelante PesD)”.

A Lei 10.216/2001, portanto, vai fazer ecoar, na área da saúde mental, todas as normas da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Já a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017; a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e a Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, aparentemente anódinas, em princípio, representam, em alguma medida, tentativas de retorno ao modelo asilar, com todas as suas implicações nos direitos fundamentais da pessoa com transtornos mentais.

Isso porque, como antes assinalado, essas normas dão destaque a hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, que, por terem como pressuposto o isolamento do indivíduo em internação de longa duração, retirando do convívio familiar e social, violam o direito à liberdade, à vida em comunidade e à inclusão, garantidos na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão e Lei da Reforma Psiquiátrica.

¹³ "La extensión de los ajustes razonables en el derecho de las personas en situación de discapacidad de acuerdo al enfoque social de derechos humanos", de CHRISTIAN FINSTERBUSCH ROMERO, publicado em Ius et Praxis vol.22 no.2 Talca 2016, disponível em https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-00122016000200008



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

O Supremo Tribunal Federal¹⁴ vê, na hipótese, o chamado “abuso de poder” normativo:

APLICABILIDADE DA TEORIA DO DESVIO DE PODER AO PLANO DAS ATIVIDADES NORMATIVAS DO ESTADO. - A teoria do desvio de poder, quando aplicada ao plano das atividades legislativas, permite que se contenham eventuais excessos decorrentes do exercício imoderado e arbitrário da competência institucional outorgada ao Poder Público, pois o Estado não pode, no desempenho de suas atribuições, dar causa à instauração de situações normativas que comprometam e afetem os fins que regem a prática da função de legislar.

4. Conclusões

Pelo exposto, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão submete essas considerações aos Ministros da Saúde, da Justiça e Segurança Pública e da Cidadania para que revoguem a Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 e a Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017.

DEBORAH DUPRAT
Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão

LISIANE BRAECHER
Coordenadora do Grupo de Trabalho Saúde Mental/PFDC

¹⁴STF, ADI nº 2.667-MC, Tribunal Pleno, Rel. Min. Celso Mello, julg. em 19/06/2002.



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PGR-00143301/2019 NOTA TÉCNICA nº 5-2019**

.....
Signatário(a): **DEBORAH MACEDO DUPRAT DE BRITTO PEREIRA**

Data e Hora: **28/03/2019 20:09:32**

Assinado com login e senha

.....
Signatário(a): **LISIANE CRISTINA BRAECHER**

Data e Hora: **28/03/2019 23:12:28**

Assinado com login e senha

.....
Acesse <http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento>. Chave ABFA88BF.D8B61F60.2CF12112.D6CA2E95