



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRIMEIRO TERMO ADITIVO - CONVÊNIO SMA/DLC N.º 031/2023

PARTÍCIPES:

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA.

OBJETO DO CONVÊNIO:

A REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA, AMIGDALECTOMIA E ADENOIDECTOMIA PELA CONVENIADA, ENCAMINHADAS PELO NÚCLEO DE REGULAÇÃO E AUTORIZADAS PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, COM O OBJETIVO DE PROPORCIONAR E ASSEGURAR UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE À POPULAÇÃO, APERFEIÇOANDO AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DISPONIBILIZADOS AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS, CONFORME DESCRITO NO PLANO DE TRABALHO.

MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA, com sede à Rua Coelho Neto, n.º 73, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 45.511.847/0001-79, doravante denominado **MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA**, neste ato representado por seu Exmo. Prefeito Municipal, o Sr. **DILADOR BORGES DAMASCENO**, CPF/MF nº 111.389-126-20, e assistido pela Secretária Municipal de Saúde, a Senhora **CARMEM SILVIA GUARIENTE**, e de outro lado a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA**, entidade filantrópica, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda, sob o nº 43.751.502-0001-67, com sede na Rua Floriano Peixoto, nº 896 Vila Mendonça, nesta cidade de Araçatuba – SP, neste ato representada por seu provedor Sr. **PETRÔNIO PEREIRA LIMA**, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 5.586.539-2 e do CPF nº 705.970.738-72, residente e domiciliado na Rua Euclides da Cunha, nº 11, apartamento 54, Vila São Paulo, nesta cidade de Araçatuba, CEP: 16015-453, doravante denominada **CONVENIADA, RESOLVEM, ADITAR** o presente Convênio, mediante as seguintes cláusulas e condições:





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO ADITAMENTO:

O objeto do presente termo aditivo é a prorrogação do prazo de vigência do Convênio SMA/DLC nº 031/2023, por um período de mais 12 (doze) meses, **contados a partir de 17 de fevereiro de 2024, passando a vigor até 16 de fevereiro de 2025**, conforme a permissão contida na cláusula décima do referido convênio, e com base no artigo 57 da Lei Federal nº 8.666/93, **para a utilização do saldo remanescente de R\$ 195.133,37 (cento e noventa e cinco mil, cento e trinta e três reais e trinta e sete centavos)**.

§ 2º - Fica suprimido do valor total do convênio, o montante de R\$ 78,82 (setenta e oito reais e oitenta e dois centavos).

§ 3º - Fica incluído ao presente Convênio o Plano de Trabalho 2024/2025, que é parte integrante deste termo aditivo, e contém as especificidades de execução do serviço.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas, reiteradas, ratificadas e em plena vigência todas as demais Cláusulas e condições que não foram atingidas por este aditamento.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, perante 2 (duas) testemunhas, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA

Araçatuba, 16 de fevereiro de 2024.

DILADOR BORGES DAMASCENO
- PREFEITO MUNICIPAL -

CARMEM SILVIA GUARIENTE
- SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE -

PETRÔNIO PEREIRA LIMA
- PROVEDOR -





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO

(redação dada pela Resolução nº 11/2021)

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO (A): **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA**

CONVENIADA: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA**

TERMO DE CONVÊNIO SMA/DLC Nº: 031/2023

OBJETO: a realização de cirurgias eletivas de Amigdalectomia com Adenoidectomia, Amigdalectomia e Adenoidectomia pela CONVENIADA, encaminhadas pelo Núcleo de Regulação e autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de proporcionar e assegurar um atendimento de qualidade à população, aperfeiçoando as ações e serviços de saúde disponibilizados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme descrito no Plano de Trabalho.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

EXERCÍCIO (1):

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Araçatuba, 16 de fevereiro de 2024.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **DILADOR BORGES DAMASCENO**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 111.389.126-20 RG: 9.758.697-3

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **DILADOR BORGES DAMASCENO**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 111.389.126-20 RG: 9.758.697-3

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: **PETRÔNIO PEREIRA LIMA**

Cargo: Provedor

RG n. 5.586.539-2 - SSP CPF nº 705.970.738-72

Responsáveis que assinaram o ajuste ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **DILADOR BORGES DAMASCENO**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 111.389.126-20 RG: 9.758.697-3

Assinatura: _____

Nome: **CARMEM SILVIA GUARIENTE**

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

CPF: 066.253.878-19

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: **PETRÔNIO PEREIRA LIMA**

Cargo: Provedor

RG n. 5.586.539-2 - SSP CPF nº 705.970.738-72

Assinatura: _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação.

Nome: **CRISTIANE CAMARGO DE ALMEIDA**

Cargo: Diretora do Departamento de Assistência Básica

CPF: 217.185.908-30

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação.

Nome: **MARIA APARECIDA DE SOUZA BITERCOURT**

Cargo: Dirigente Administrativo

CPF: 036.968.289-04

Assinatura: _____

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(*) O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

Assinado por 5 pessoas: CRISTIANE CAMARGO DE ALMEIDA, CARMEM SILVIA GUARIENTE, PETRONIO PEREIRA LIMA, MARIA APARECIDA DE SOUZA BITENCOURT e DILADOR BORGES DAMASCENO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://aracatuba.1.doc.com.br/verificacao/5942-D645-BB60-FE39> e informe o código 5942-D645-BB60-FE39



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Floriano Peixoto, 710 – Tele: 18 3636.1100

e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

PLANO OPERATIVO ASSISTENCIAL – CIRURGIAS ELETIVAS

Razão Social SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAÇATUBA		CNPJ 43.751.502/0001-67	CNES 2075741	
Endereço Rua Floriano Peixoto, 896	Cidade Araçatuba	UF SP	CEP 16015-000	Telefone 3607-3021
Banco Banco do Brasil	Agência 0179-1	Conta Corrente 1129-0	Praça de Pagamento Araçatuba	
Nome do Responsável Petrônio Pereira Lima	CPF 705.970.738-72	RG 5.586.539-2	Cargo Provedor	

Tipo de Estabelecimento	<input checked="" type="checkbox"/> Geral () Especializado
Natureza	() Público <input checked="" type="checkbox"/> Filantrópico () Privado
Número de Leitos	XX Geral XX SUS
Serviço de Urgência e Emergência	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Demanda	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Referenciada
Serviço de Maternidade	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não: Se sim, habilitado em GAR: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde	() Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Qual(is): _____

2024



Prefeitura Municipal de Araçatuba

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Floriano Peixoto, 710 - TELEFAX 18 3636.1100
e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

1. Introdução

A Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba atualmente é o único hospital geral de referência primária para o Município de Araçatuba; diante do cenário epidemiológico relacionado a PANDEMIA do CORONAVÍRUS (COVID-19) os Serviços de Saúde suspenderam os procedimentos Eletivos, impactando na assistência à Saúde, aumentando consideravelmente as filas de Espera inclusive para as Cirurgias Eletivas nas diversas Especialidades.

O Plano Operativo do Convênio SUS pactuado através da Diretoria Regional de Saúde II (DRSII), não conseguiu absorver as demandas de Araçatuba.

Diante do exposto este Convênio viabiliza o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde relacionadas aos procedimentos cirúrgicos eletivos prestadas aos usuários do SUS no Município de Araçatuba, através do investimento de Incremento com foco na melhoria da Qualidade dos Serviços prestados pelo Hospital Filantrópico – **Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba.**

O presente recurso será realizado com recurso de Emenda Estadual 222.35028.04.9191.

2. Objetivo

O presente convênio tem por objetivo a realização de cirurgias eletivas de Amigdalectomia com Adenoidectomia, Amigdalectomia e Adenoidectomia encaminhadas pelo Núcleo de Regulação, os quais serão autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

3. Da vigência

A vigência do convênio será de 12 meses.





Prefeitura Municipal de Araçatuba

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Floriano Peixoto, 710 - TELEFAX 18 3636.1100

e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

4. Responsabilidade da CONVENIADA

4.1. É dever da CONVENIADA, disponibilizar agenda com antecedência para que o Núcleo de Regulação da Secretaria de Saúde (SMS) CONVENIENTE, possa contactar os pacientes para realização da avaliação pré cirúrgica.

4.2. É dever da CONVENIADA registrar todos os atendimentos dos pacientes em prontuário;

4.3. A CONVENIADA deverá encaminhar todos os pacientes que não houver indicação de cirurgia através de Contra Referência para o Núcleo de Regulação da Secretaria de Saúde (SMS) CONVENIENTE, a fim de estabelecer comunicação e acompanhamento adequado do paciente;

4.4. A CONVENIADA se reponsabilizará pela avaliação pré cirúrgica, das cirurgias eletivas de Amigdalectomia com Adenoidectomia, Amigdalectomia e Adenoidectomia;

4.4.1. A CONVENIADA se responsabilizará pelos retornos e acompanhamento ambulatorial do paciente até a alta;

4.5. A CONVENIADA deverá se responsabilizar pelos custos operacionais de recursos humanos, medicamentos, materiais e insumos;

4.6. A CONVENIADA deverá seguir os fluxos estabelecidos pelo Núcleo de Regulação com relação aos agendamentos e/ou encaminhamentos;

5. Responsabilidade da CONVENIENTE

5.1. A CONVENIENTE se reponsabilizará pelo pagamento integral dos módulos das cirurgias executadas devidamente comprovadas;

5.2. A CONVENIENTE se responsabilizará por contactar os pacientes aprovados para as cirurgias de Amigdalectomia com Adenoidectomia, Amigdalectomia e Adenoidectomia;

5.4. A CONVENIENTE se responsabilizará pelos exames laboratoriais pré-operatórios;

5.5. A CONVENIENTE deverá realizar o monitoramento, avaliação e controle das ações prevista no Plano Operativo.



Prefeitura Municipal de Araçatuba

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Floriano Peixoto, 710 - TELEFAX 18 3636.1100

e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

6. Metas

6.1. Metas Quantitativas

6.1.1. A CONVENIADA conforme as diretrizes desta Secretaria Municipal de Saúde deverá cumprir 100% das Metas;

6.1.2. A CONVENIADA deverá seguir a relação de cirurgias, bem como a quantidade pactuada neste Plano Operativo para execução conforme tabela abaixo.

MÓDULOS CIRÚRGICOS					
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	QTDE	VALOR TABELA SUS	VALOR DE ENCREMENTO	VALOR TOTAL POR CIRURGIA	VALOR TOTAL
CONSULTA / RETORNO	322	R\$ 10,00	R\$ 19,67	R\$ 29,67	R\$ 9.553,74
ADENOIDECTOMIA	60	R\$ 348,18	R\$ 835,63	R\$ 1.183,81	R\$ 71.028,60
AMIGDALECTOMIA	12	R\$ 306,57	R\$ 735,77	R\$ 1.042,34	R\$ 12.508,08
AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	89	R\$ 337,22	R\$ 809,33	R\$ 1.146,55	R\$ 102.042,95
TOTAL					R\$ 195.133,37

6.2. Metas Qualitativas

5.2.1. Em consonância com as diretrizes de qualidade do presente Plano Operativo a CONVENIADA deverá cumprir mensalmente metas mínimas a seguir:

Meta	%
Pesquisa de Satisfação do Usuário	80
Conceito Ótimo e Bom da Satisfação do Usuário	60
Emitir relatórios mensais de produção	100





Prefeitura Municipal de Araçatuba

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Floriano Peixoto, 710 - TELEFAX 18 3636.1100
e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

7. Recursos Financeiros

7.1. Os valores de incentivos serão destinados para Incremento da Qualidade visando a assistência integral do usuário do SUS.

7.2. Para execução deste convênio serão utilizados recursos financeiros do saldo remanescente deste no valor de **R\$ 195.133,37 (cento e noventa e cinco mil, cento e trinta e três reais e trinta e sete centavos)**, ou seja, havendo uma supressão em relação ao saldo remanescente no valor de **R\$ 78,82 (setenta e oito e oitenta e dois centavos)**, na vigência deste Instrumento sendo assim, os critérios de pagamento da Secretaria Municipal de Saúde será mensal, conforme execução dos serviços prestados citados no item 6 deste Plano Operativo, mediante comprovação nos relatórios mensais encaminhados para o Núcleo de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde.

8. Monitoramento

8.1. São atribuições da Secretaria Municipal de Araçatuba, acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução do objeto deste termo, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos repassados. Segue abaixo descrição e cronograma das ações relacionadas ao monitoramento.

Ação	Periodicidade	Objetivo
Monitorar as Internações	Mensal	Verificação dos critérios de agendamento conforme lista de Espera do Município Araçatuba
Monitorar nº de realização de Cirurgias Eletivas	Mensal	Verificação Número total pactuado de cirurgias eletivas
Monitorar as Cotas Disponibilizadas pela Instituição	Mensal	Transparência nas ações para os usuários
Conferir/Auditar os Prontuários	Mensal	Gestão Responsável e Transparente





Prefeitura Municipal de Araçatuba

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Floriano Peixoto, 710 - TELEFAX 18 3636.1100
e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

9. Considerações Finais

9.1. O Plano Operativo poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo, respeitando a legislação vigente e após proposta previamente justificada pela Conveniada e parecer técnico favorável do órgão competente e ratificado pelo Titular da Secretaria.

9.2. Vedada alteração do objeto, o que aperfeiçoa a qualidade da assistência prestada pela Instituição, mediante o estabelecimento de metas.

Araçatuba, 09 de fevereiro de 2024

Cristiane Camargo de Almeida
Dir. Dep. Atenção Básica/Regulação
Araçatuba

Carmem Sílvia Guariente
Secretária Municipal de Saúde de
Araçatuba

Documento assinado digitalmente
gov.br LUIZ OTAVIO BARBOSA VIANNA
Data: 09/02/2024 17:10:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

PETRONIO
PEREIRA
LIMA:705970
73872

Assinado de forma digital por
PETRONIO PEREIRA
LIMA:70597073872
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria
da Receita Federal do Brasil - RFB,
ou=RFB e-CPF A3, ou=VALID, ou=AR
ARACERI, ou=Presencial,
ou=27173713000103, cn=PETRONIO
PEREIRA LIMA:70597073872
Dados: 2024.02.09 17:18:39 -03'00'

Luiz Otávio B. Vianna
Administador Hospitalar – Santa Casa de
Misericórdia - Araçatuba

Petrônio Pereira Lima
Provedor – Santa Casa Municipal de
Misericórdia - Araçatuba





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 63C2-48BA-45AC-68EA

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ LUIZ OTAVIO BARBOSA VIANNA (CPF 961.XXX.XXX-87) em 09/02/2024 17:10:23 (GMT-03:00)
Emitido por: AC Final do Governo Federal do Brasil v1 << AC Intermediária do Governo Federal do Brasil v1 << Autoridade Certificadora Raiz do Governo Federal do Brasil v1 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ PETRONIO PEREIRA LIMA (CPF 705.XXX.XXX-72) em 09/02/2024 17:18:39 (GMT-03:00)
Emitido por: AC VALID RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ CRISTIANE CAMARGO DE ALMEIDA (CPF 217.XXX.XXX-30) em 14/02/2024 14:13:33 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ CARMEM SILVIA GUARIENTE (CPF 066.XXX.XXX-19) em 14/02/2024 16:46:55 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://aracatuba.1doc.com.br/verificacao/63C2-48BA-45AC-68EA>





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 5942-D645-BB60-FE39

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **CRISTIANE CAMARGO DE ALMEIDA** (CPF 217.XXX.XXX-30) em 16/02/2024 16:54:41 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ **CARMEM SILVIA GUARIENTE** (CPF 066.XXX.XXX-19) em 16/02/2024 16:57:06 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ **PETRONIO PEREIRA LIMA** (CPF 705.XXX.XXX-72) em 16/02/2024 17:10:35 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC VALID RFB v5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ **MARIA APARECIDA DE SOUZA BITENCOURT** (CPF 036.XXX.XXX-04) em 16/02/2024 18:22:45 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ **DILADOR BORGES DAMASCENO** (CPF 111.XXX.XXX-20) em 19/02/2024 09:17:48 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://aracatuba.1doc.com.br/verificacao/5942-D645-BB60-FE39>