

RESOLUÇÃO Nº 1077, DE 23 DE JANEIRO DE 2015

Prorroga os prazos para pagamento da anuidade referente ao exercício de 2015 pelas pessoas físicas e jurídicas inscritas e registradas no CRMV-MS.

O PRESIDENTE EM EXERCÍCIO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV -, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 16, alínea “f”, da Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968, combinado com os artigos 3º, II, 7º, XXIII, e 8º, I, da Resolução nº 856, de 30 de março de 2007,

considerando as inconsistências operacionais noticiadas no PA CFMV nº 0358/2015;

considerando a solicitação feita pelo CRMV-MS para ser prorrogado o prazo de pagamento da anuidade, exercício 2015.

RESOLVE:

Art. 1º Os profissionais e as pessoas jurídicas inscritos no CRMV-MS terão prorrogados os prazos para pagamento da anuidade do exercício de 2015.

§1º O pagamento da anuidade de pessoa física e jurídica poderá ser efetuado até o dia 21/2/2015 com desconto de 10% (dez por cento).

§2º O pagamento da anuidade poderá ser efetuado em 05 (cinco) parcelas mensais, iguais e sucessivas, vencendo a primeira em 21 de fevereiro, a segunda em 28 de fevereiro, a terceira em 31 de março, a quarta em 30 de abril e a quinta em 31 de maio de 2015.

Art. 2º Todos os demais termos das Resoluções que disciplinam o pagamento de anuidade no âmbito do Sistema CFMV/CRMVs ficam mantidos.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no DOU.

Méd.Vet. Eduardo Luiz Silva Costa
Presidente em Exercício
CRMV-DF nº 0037

Méd.Vet. Marcello Rodrigues da Roza
Secretário-Geral
CRMV-DF nº 0594

Publicada no DOU de 02-02-2015, Seção 1, pág. 155.



Art. 4º Os documentos de autorização ou consentimento a serem emitidos para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em serviços veterinários são: I - autorização para exames ou procedimentos terapêuticos que subdamdo possam oferecer riscos iminentes de risco à saúde ou morte; II - autorização para intervenção e tratamento clínico ou cirúrgico de pacientes; III - autorização para procedimentos cirúrgicos de qualquer natureza; IV - autorização para procedimentos anestésicos; V - consentimento para procedimento de eutanásia. Parágrafo único - O profissional poderá emitir outros documentos que julgar necessários.

Art. 5º Para a retirada de animais dos serviços veterinários sem a devida alta médica, o responsável pelo animal deverá preencher e assinar documento específico, assumindo os riscos decorrentes da interrupção da terapêutica proposta. Parágrafo único. O profissional de saúde elaborador documento conforme as recomendações de tratamento para o caso em questão e informa as possíveis implicações inerentes à interrupção do tratamento no serviço veterinário.

Art. 6º A solicitação expressa de cópia de prontuário clínico, realizado pelo responsável pelo animal ou por representante legal, deve ser atendida de imediato e devidamente registrada no serviço veterinário. §1º As informações contidas no histórico do prontuário devem expressar todos os procedimentos realizados no paciente. §2º Os serviços veterinários devem manter, sob sua guarda, os prontuários dos pacientes por um período mínimo de 5 (cinco) anos.

Art. 7º Quando constatado o óbito, o responsável pelo serviço veterinário deve: I - nos casos de animais internados, informar imediatamente ao responsável pelo animal sobre o fato, esclarecendo as condições em que ocorreu o óbito; II - orientar o responsável sobre a legislação em vigor com relação à destinação do cadáver.

Art. 8º Os atestados sanitários e as cartelas de vacinação devem observar as regras da Resolução CFMV nº 844, de 2006, e outras que a alterem ou substituam.

Art. 9º Integram esta Resolução os Anexos I a VII. Parágrafo único. Os Anexos desta Resolução são Modelos, podendo o profissional adequá-los ou estabelecer documentos, observado o conteúdo mínimo ora prescrito.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor 30 (trinta) dias após sua publicação no DOU, revogadas as disposições em contrário.

BENEDITO FORTES DE ABRUDA

Presidente do Conselho

ANTÔNIO FELIPE P. DE F. WOLK

Secretário-Geral

ANEXO I

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES

Endereço completo
Autorizo a realização do(s) exame(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo II
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) terapêutic(o)s.....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo III
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico.....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo IV
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo V
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VI
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VII
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE RETIRADA DE ANIMAL DO SERVIÇO VETERINÁRIO SEM ALTA MÉDICA

Solicito retirar o animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. Microchip).....do serviço veterinário acima citado.

Declaro estar ciente de que o mesmo não obteve alta médica, foi devidamente informado(a) de que há riscos iminentes, os quais foram esclarecidos, e assumo integralmente a responsabilidade por esse ato.

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....
Assinatura do responsável pelo animal.....

Anexo III
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico.....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo IV
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo V
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VI
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VII
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VIII
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo IX
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo X
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo XI
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo XII
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo XIII
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo XIV
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo XV
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésic(o)s necessário(s).....no animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EUTANÁSIA

Declaro estar ciente dos motivos que levam à necessidade de realização da eutanásia, reconheço que esta é a opção escolhida por mim para cessar definitivamente o sofrimento e, portanto, autorizo a realização da eutanásia do animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip).....a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).....CRMV.....

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....

Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VI
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Incrição estadual - Nº Registro no CRMV ou Nome do Médico Veterinário

CRMV - RG - CPF
TERMO DE RETIRADA DE ANIMAL DO SERVIÇO VETERINÁRIO SEM ALTA MÉDICA

Solicito retirar o animal de nome.....espécie.....raça.....sexo.....idade (real ou aproximada).....pelagem.....outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. Microchip).....do serviço veterinário acima citado.

Declaro estar ciente de que o mesmo não obteve alta médica, foi devidamente informado(a) de que há riscos iminentes, os quais foram esclarecidos, e assumo integralmente a responsabilidade por esse ato.

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG.....CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....de.....
Cidade.....de.....
Assinatura do responsável pelo animal.....

RESOLUÇÃO Nº L077, DE 23 DE JANEIRO DE 2015

Prorroga os prazos para pagamento da anuidade referente ao exercício de 2015 pelas pessoas físicas e jurídicas inscritas e registradas no CRMV-MS.

O PRESIDENTE EM EXERCÍCIO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV -, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 16, alínea "I", da Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968, combinado com os artigos 3º, II, 7º, XXIII, e 8º, I, da Resolução nº 856, de 30 de março de 2007, considerando as inconsistências operacionais noticiadas no PA CFMV nº 0358/2015;

considerando a solicitação feita pelo CFMV/MS para ser prorrogado o prazo de pagamento da anuidade, exercício 2015, resolve:

Art. 1º Os profissionais e as pessoas jurídicas inscritas no CFMV-MS terão prorrogados os prazos para pagamento da anuidade do exercício de 2015;

§1º O pagamento da anuidade de pessoa física e jurídica poderá ser efetuado até o dia 21/2/2015 com desconto de 10% (dez por cento);

§2º O pagamento da anuidade poderá ser efetuado em 05 (cinco) parcelas mensais, iguais e sucessivas, vencendo a primeira em 21 de fevereiro, a segunda em 28 de fevereiro, a terceira em 31 de março, a quarta em 30 de abril e a quinta em 31 de maio de 2015;

Art. 2º Todos os demais termos das Resoluções que disciplinam o pagamento de anuidades no âmbito do Sistema CFMV/MS ficam mantidos.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no DOU.

EDUARDO LUIZ SILVA COSTA

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 4ª REGIÃO

PORTARIA Nº 937, DE 26 DE JANEIRO DE 2015

Dispõe sobre o Regimento Interno da Comissão Interinstitucional de Estudos de Corrupção, Dívida Ativa e Execução Fiscal do CRE4-SP

O Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 4ª Região - CRE4/SP no uso de suas atribuições estatutárias,

CONSIDERANDO o deliberado na 176ª Reunião Plena Ordinária do CRE4/SP, realizada em 24 de janeiro de 2015;

CONSIDERANDO o disposto no Estatuto do CRE4/SP, resolve:

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.