# **ANEXO C**

# **ATO DE VALIDAÇÃO DE CERTIFICADO**

|  |
| --- |
| **ATO DE VALIDAÇÃO DE CERTIFICADO**  O Secretário Municipal de Saúde do Município de *nome do município*, após análise do certificado pertencente a *nome do socorrista* voluntário *detentor do certificado*, RG *número do RG* *do socorrista voluntário*, declara, para fins de atendimento ao disposto no art. 20 da Portaria CBMMG nº 55, de 02 de julho de 2020, que o voluntário acima identificado realizou curso de formação (ou requalificação) compatível com a atividade de APH móvel preconizada na Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde  *Local e data.*  *Nome do Secretário Municipal de Saúde* |