



Município de Capivari de Baixo

Estado de Santa Catarina
Centro de Triagem Sentinela
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADES DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS

Eu, _____,
residente e domiciliado em _____, inscrito no CPF
sob o nº. _____, declaro, para fins de direito, sob as penas do
artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações e documentos apresentados
para indicação de Vacinação contra COVID-19, por ser portador de comorbidade são
verdadeiros e autênticos.

E por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Capivari de Baixo (SC), _____ de _____ de 2021.

Assinatura do Declarante