



SECRETARIA DE ESTADO DA
FAZENDA DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO

SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE SAÚDE

NOME

CPF

DECLARAÇÃO

O responsável pela Unidade de Saúde

CNPJ Nº _____, acima identificado, DECLARA sob as penas da lei, que o serviço médico prestado para
_____, CPF Nº _____, integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

CARIMBO PADRONIZADO

CARIMBO PADRONIZADO CNPJ

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

1. O DECLARANTE RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.
2. DECLARA ESTAR CIENTE DO QUE DISPÕES O ART. 299 DO DECRETO-LEI Nº2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940 – CÓDIGO PENAL:

“Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:”

ASSINATURA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

DATA

/ /