|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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:*  *Pena – reclusão, de 1 (um ) a 5 (cinco) anos...”* |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURA** | |
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | DATA |
|  | /    / |