



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

IDENTIFICAÇÃO DA REQUERENTE

NOME COMPLETO:

CPF:

DECLARAÇÃO

O responsável pela Unidade de Saúde: _____

CNPJ nº _____, acima identificado, DECLARA sob as penas da lei, que este serviço médico 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 dispõe o art. 299 do Código Penal Brasileiro: *Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer 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 um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.
Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELA UNIDADE

NOME DO(A) RESPONSÁVEL

CPF

LOCAL E DATA

ASSINATURA*