



ANEXO IV

| | |
|---|---|
|  <p>SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA DE SANTA CATARINA</p> | DECLARAÇÃO SERVIÇO MÉDICO PRIVADO INTEGRANTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE SAÚDE | |
| NOME | CPF |
| DECLARAÇÃO | |
| <p>O responsável pela Unidade de Saúde</p> <p>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).</p> | |
| CARIMBO PADRONIZADO | |
| CARIMBO PADRONIZADO CNPJ | |
| DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE | |
| <p>1. O DECLARANTE RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.</p> <p>2. DECLARA ESTAR CIENTE DO QUE DISPÕES O ART. 299 DO DECRETO-LEI Nº2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940 – CÓDIGO PENAL:</p> <p><i>“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:”</i></p> | |
| ASSINATURA | |
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL | DATA / / |