

DECLARAÇÃO

Eu _____ (nome completo)
portador(a) do RG n.º _____, expedido em ____/____/____ e do
CPF n.º _____, filho(a) de _____
e _____, nascido(a) em ____/____/____,
natural do Município de _____ UF _____, residente
à _____,
(logradouro, bairro, município, UF e CEP)

declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, não ter sido vacinado(a) contra pneumonia nos últimos cinco anos.

DECLARO, AINDA, ESTAR CIENTE DE QUE A UTILIZAÇÃO DA VACINA TIPO PNEUMO 23, POR PESSOA QUE JÁ TENHA SIDO VACINADA EM PERÍODO INFERIOR A CINCO ANOS, PODERÁ CAUSAR REAÇÕES LOCAIS E SÉRIOS DANOS A SAÚDE DO USUÁRIO.

O declarante atesta a veracidade das informações sob as penas da Lei e se responsabiliza legal e judicialmente por omissões, inverdades e incorreções que vierem a ser detectadas a qualquer tempo, bem como pelas demandas a que der causa.

_____, _____ de _____ de 2016.
(Local e data)

(Assinatura do usuário ou responsável legal)

Identificação do responsável legal do beneficiário:

Nome : _____ CPF n.º : _____

RG n.º : _____ Data de expedição : _____

Endereço: _____
(logradouro, bairro, município, UF e CEP)

Grau de parentesco: _____