



SECRETARIA DE  
**SAÚDE**  
SÃO MATEUS DO SUL

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_, portador(a)  
do RG sob o nº \_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF sob o nº  
\_\_\_\_\_, atuando como (cargo/função)  
\_\_\_\_\_, no (estabelecimento)  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Cidade São Mateus do Sul/PR,  
telefone para contato \_\_\_\_\_, declaro para todos os fins, que  
sou profissional de saúde e faço parte da fase 1 da sequência de grupos a serem  
imunizados pela vacina combate a COVID-19.

Assumo inteiramente a responsabilidade perante o Art. 299, do Código Penal, que  
versa sobre declarações falsas, documentos forjados ou adulterados, constituindo-  
se em crime de falsidade ideológica.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
CPF: