**Colocar Logo do Município**

Município e Data

**DECLARAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, exercendo o Cargo de Secretário Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome do município)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Ceará, vinculado à Área Descentralizada de Saúde nº \_\_\_\_\_ (colocar ADS) e à Superintendência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para fins de cumprimento de Recomendação Nº 0005/2021/138ªPmJFOR, do Ministério Público Estadual, Federal e do Trabalho, que há em nosso município \_\_X\_\_ pessoas com atraso na aplicação da segunda dose (D2) da vacina do Laboratório Sinovac/Butantan.

O quantitativo de pessoas supracitado se refere às pessoas com doses já vencidas ou que venham a se vencer nas próximas 72 horas, conforme sumarização no quadro abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dia de vencimento da D2** | **Número de pessoas** |

**DECLARO que os dados acima são verdadeiros, sob pena de responsabilização criminal em caso de informação falsa, nos termos do art. 299 do Código Penal de Lei de Improbidade Administrativa. (Recomendação n.** 0005/2021/138ªPmJFOR).

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Secretário Municipal de Saúde de XXXXXXX