



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, _____,
nacionalidade _____, portador(a) do RG
nº _____ Órgão Expedidor _____, inscrito no
CPF sob o nº _____, **DECLARO**, sob as penas da lei, que todos
os dados e documentos entregues à SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO
CEARÁ, são integralmente verídicos, autênticos e condizem com a documentação
original, estando ciente que, do contrário, estarei incorrendo em infração ao Código
Penal Brasileiro, notadamente aos artigos 297, 298 e 299, que tratam da falsificação de
documento público, da falsificação de documento particular e da falsidade ideológica,
respectivamente, sem prejuízo das demais sanções penais, administrativas e cíveis
cabíveis.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Declarante

Falsificação de documento público

Art. 297 do Código Penal - “Falsificar, no todo ou em parte, documento público, ou alterar documento público verdadeiro(…)”

Falsificação de documento particular

Art. 298 - “Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro(…)”

Falsidade ideológica

Art. 299 do Código Penal - “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(…)”.

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema • CEP: 60060-440

Fortaleza / CE • Fone: (85) 3101.5123