

## AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, nascido em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, inscrito como cidadão brasileiro pelo  
CPF:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_, ou portador do Cartão SUS Nº  
\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_, declaro que resido no endereço abaixo:

End.: \_\_\_\_\_,  
Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_,  
Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_.

Por fim, confirmo que essas declarações são verdadeiras e que estou ciente que a falsidade das informações acima podem me tornar inapto para continuidade do esquema vacinal, além de poder sofrer pena por falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal), e outras penalidades previstas por Lei.

---

Assinatura do Usuário ou Responsável

CPF:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_