



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE EPIDEMIOLOGIA
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO/PNI

AUTODECLARAÇÃO DE DEFICIÊNCIA

Eu, _____, nascido em
____/____/____, inscrito como cidadão brasileiro pelo
CPF:____.____.____-____, ou portador do Cartão SUS Nº
____.____.____.____, End.: _____

Cidade _____ Estado _____.

declaro que possuo as deficiências relacionadas abaixo:

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

Estas últimas deficiências se enquadram em alguma(s) da(s) classificação(ões) abaixo:

- () 1 - Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.
- () 2 - Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.
- () 3 - Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos.
- () 4 - Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.

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 penalidade por crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal), e outras penas previstas por Lei.

Assinatura do Usuário ou Responsável Legal

CPF:____.____.____-____