



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO TÉCNICA DE IMUNIZAÇÃO/PNI

AUTODECLARAÇÃO

Povos Indígenas

Eu, _____, nascido em
____/____/____, inscrito (a) como cidadão (a) brasileiro (a) pelo CPF ou CNS nº:
_____, declaro que faço parte do grupo prioritário de
Povos Indígenas, conforme definição abaixo:

(...) todos os povos indígenas aldeados, a partir dos 6 meses de idade, atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). São incluídos também os indígenas que residem em terras e agrupamentos não homologados e indígenas vivendo fora de terras indígenas.

Por fim, confirmo que essas declarações são verdadeiras e que estou ciente que a falsidade das informações acima pode acarretar pena por falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal), e outras penalidades previstas por Lei.

Maceió, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do Usuário ou Responsável

CPF: _____-____