



**Formulário 3 - DECLARAÇÃO DE PERDA, EXTRAVIO, FURTO,
ROUBO OU DANO DA CIPTEA**

Para uso da Secretaria de Saúde

nº de registro CIPTEA:	
------------------------	--

Eu, _____, portador do RG
_____, declaro, para os devidos fins, que a carteirinha CIPTEA emitida em nome de
_____, foi:

- () perdida
- () extraviada
- () furtada
- () roubada
- () danificada.

OBS: Em casos de furto ou roubo, anexar cópia do Boletim de Ocorrência.

Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem ao presente registro, (artigo nº 299 do Código Penal Brasileiro).

Santana de Parnaíba, ____/____/____

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO
BENEFICIÁRIO DECLARANTE

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO
RESPONSÁVEL LEGAL DECLARANTE

Secretaria Municipal de Saúde

Rua Prof. Edgar de Moraes, 868, 2º andar - Jardim Frediani - Santana de Parnaíba – SP - CEP 06502-165 - Fone: (11) 4622-8850

