**DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DOCUMENTAL E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO, sob as penas da lei, que os documentos apresentados neste protocolo à Vigilância Sanitária do Estado de Mato Grosso são cópias fiéis dos originais e que as informações neles contidas são verdadeiras.

Declaro, ainda, estar ciente de que as cópias digitais apresentadas não possuem validação digital e que assumo total responsabilidade civil e criminal pela autenticidade dos documentos e pela veracidade das informações prestadas.

Estou ciente de que responderei legalmente por quaisquer omissões ou informações falsas nesta declaração."

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOME DO DECLARANTE - CPF)

(Assinatura digital)