



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORMIGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÃO

RUA DR. TEIXEIRA SOARES, 150, CENTRO FORMIGA – MINAS GERAIS CEP 35570-090
TELEFONE: (37) 3329-1141 EMAIL: imunizacaoformiga@gmail.com

DECLARAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE

Eu _____,
inscrito no CPF sob o nº: _____, declaro nos termos e sob
as penas da lei, para fins de vacinação contra COVID-19, que
_____ é
pessoa com deficiência permanente descrita abaixo:

_____.

Afirmo ser verdade, estando ciente que as informações inverídicas
fornecidas por mim estarão sujeitas ao crime de falsidade ideológica (art.
299 do Código Penal).

Formiga/MG, _____ de _____ de _____.

Assinatura por extenso do declarante.

Considera-se pessoa com deficiência permanente aquela que tem impedimento de longo prazo, seja de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. Este grupo inclui pessoas com:

- Indivíduos com limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para locomoção;
- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir, ainda que com uso de aparelhos auditivos;
- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar;
- Indivíduos com deficiência intelectual permanente que limite suas atividades habituais;
- Autistas