

ATENDIMENTO MENTAL SOLIDÁRIO – AMS

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Eu, _____,
_____ (nacionalidade), _____ (estado civil),
_____ (profissão), portador da carteira de identidade nº
_____, expedida pelo _____, em ___/___/____, inscrito no
CPF, sob o nº _____, residente e domiciliado na Cidade
de _____ e Estado do _____,
à Rua _____

(endereço completo), declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações constantes neste documento que apresento para o cadastro no Atendimento Mental Solidário - AMS, são verdadeiras e autênticas.

Assinale conforme sua situação:

() Pessoas de baixa renda: Soma dos rendimentos das pessoas da família até 2 salários mínimos por mês, não possuir plano de saúde ou membro da família que receba o Benefício de Prestação Continuada (BPC) com comprovação.

() Doadores de medula óssea: comprovante do registro, não possuir plano de saúde, trabalhando com renda até R\$ 1.600 reais por mês ou desempregado não recebendo seguro desemprego.

() Doadores de sangue: mínimo de 2 doações por ano com comprovante, não possuir plano de saúde, trabalhando com renda até R\$ 1.600 reais por mês ou desempregado não recebendo seguro desemprego.

() Lactantes que fazem doação de leite materno para bancos de leite humano: não possuir plano de saúde, não possuir plano de saúde, trabalhando com renda até R\$ 1.600 reais por mês ou desempregado não recebendo seguro desemprego.

Observação: Levar para a consulta esta declaração impressa, bem como os comprovantes (quem recebe BPC, doadores de medula óssea, sangue e leite materno) .

Fico ciente através desse documento que a falsidade desta declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, e passível de apuração na forma da Lei. Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

_____, ___ de _____ de 2020.

Nome: _____

Assinatura: _____