



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILANCIA E CONTROLE DE ZOOSES-UVCZ

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA

Eu, _____, nacionalidade:
_____, estado civil: _____, profissão: _____,
portador (a) da Carteira de Identidade nº _____, expedida pelo _____,
inscrito no CPF sob o nº _____-_____, residente e domiciliado (a)

DECLARO, para fins de cadastramento no programa União Pelos Animais da Prefeitura Municipal de Boa Vista, que não exerço nenhuma atividade remunerada no presente momento.

Por ser expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei previstas no Artigo 299 do CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, DECLARO que são verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, ____ de

de 202__

NOME (por extenso): _____

CPF: _____

Protocolo: _____