**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS**

Eu, Nome – CPF: XXX, declaro para todos os fins de direito, em especial, para os termos das Leis n.º 7.498/1986 e n.º 14.434/2022, sob as penas do art. 299 do Código Penal e demais normatizações relativas a ressarcimento ao erário federal, que as informações e os documentos pertinentes aos dados de profissionais de enfermagem vinculados a esta instituição e apresentados ao Fundo Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul para envio ao Ministério da Saúde, são verdadeiros e autênticos.

E por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente.