

**ATESTADO DE VERACIDADE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PRESTADAS NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Atesto para todos os fins de direito, e a quem possa interessar, que as informações prestadas na Declaração de Saúde, preenchidas na presente data, incluindo peso corporal e altura, são verdadeiras, legítimas e idôneas, bem como condizentes com a realidade das atuais condições de saúde.

Outrossim, ratifico que informei estrita e devidamente tudo aquilo que se faz referente ao estado de saúde atual e progressivo, estando ciente de que as declarações falsas, errôneas, equivocadas, incorretas e incompletas poderão configurar crime de falsidade ideológica, nos termos do disposto no artigo 299 do Código Penal, cabendo à Unimed Ferj, nesses casos, o direito de adotar as medidas legais pertinentes.

Declaro, ainda, estar ciente que a Unimed Ferj poderá solicitar a presença para uma Entrevista Qualificada, caso lhe seja de interesse para fins de atestar a veracidade e real estado das condições de saúde.

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

**Nome Legível do Beneficiário Titular:** \_\_\_\_\_

CPF do Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular: \_\_\_\_\_

Corretor: \_\_\_\_\_