

## ANEXO I

Relatório Para Pagamento da GACEN/GECEN  
Gerência Local do SUS de \_\_\_\_\_  
Município/Estado: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Competência: \_\_\_\_/\_\_\_\_

| Nº de<br>Ordem | Matrícula<br>SIAPE | Nome do Servidor | Cargo | Endemia<br>Trabalhada | Ocorrências |        |
|----------------|--------------------|------------------|-------|-----------------------|-------------|--------|
|                |                    |                  |       |                       | Dias        | Código |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |
|                |                    |                  |       |                       |             |        |

Responsável pela Informação Gerência Regional de Saúde Secretário de Saúde  
ou Coord. Vigilância Ambiental

Obs. Declaro para os devidos fins, que o(s) referido(s) servidor(es) atuaram nas  
atividades de combate e controle de endemias no presente mês.

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO ANUAL DE PERMANÊNCIA NAS ATIVIDADES DE COMBATE E CONTROLE DE ENDEMIAS

\_\_\_\_\_,  
servidor/empregado público da Funasa, ocupante do cargo/emprego público de  
\_\_\_\_\_, Classe "\_\_\_\_\_",  
Padrão \_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_, SIAPE \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.

declaro que permaneço em atuação nas atividades de combate e controle de  
endemias, de que tratam os arts. 53 a 55 da Lei nº 11.784, de 22.9.2008, e art. 284 da  
Medida Provisória nº 441, de 29.8.2008.

Responsabilizo-me pela veracidade da informação declarada, ciente de que, se  
falsa a declaração, estou sujeito às penas da Lei.

\_\_\_\_\_  
Local e data Assinatura do servidor

#### CÓDIGO PENAL - Art. 299

"Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar,  
ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita,  
com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato  
juridicamente relevante: PENA: Reclusão de 1 a 5 anos".