

Termo de Responsabilidade do Familiar

*Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que o Sr(a) _____, CI nº _____, CPF nº _____ é o **cuidador(a)** responsável pela(o) paciente _____, e, portanto se enquadra no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO.*

Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.

Juiz de Fora, _____ de _____ 2021.

Assinatura