

Termo de Responsabilidade do Profissional

Pelo presente instrumento, eu _____, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na rua _____, trabalhador da instituição _____, exercendo a função de _____, () rede contratualizada, () CNPJ _____, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, que estou ativo e que desempenho minhas funções profissionais presencialmente em espaços e locais de assistência e vigilância em saúde.

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