



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador do CPF n. _____, funcionário da empresa
_____ inscrita
no CNPJ _____, assumo inteira
responsabilidade ao afirmar que exerço a função de _____
(categoria profissional) e possuo **vinculação ativa** como trabalhador de serviço de
saúde, no município de Uberaba-MG.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas
penalidades cíveis e/ou criminais cabíveis.

Uberaba, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do profissional