



## 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