

**AUTODECLARAÇÃO DE EFETIVO EXERCÍCIO DA ATIVIDADE
PROFISSIONAL EM SAÚDE**

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Sexo: _____ Função exercida: _____

Local de trabalho: _____

Horário de trabalho: _____

Frequência dos atendimentos: _____

Eu, _____,
declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
_____.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Assinatura do profissional de saúde.
Registro no Conselho de Classe:

Data: ____/____/____