(TIMBRE DA EMPRESA)

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Declaro para os devidos fins que o (a) funcionário (a) (nome completo do funcionário), portador do CPF de número (número do CPF), cumpre a função de (nome da função) atuando no estabelecimento de saúde:

**Nome do estabelecimento de saúde (nome fantasia):**

**CNPJ:**

**CNES:**

O estabelecimentosupracitado oferece os serviços de (citar quais serviços de saúde são prestados. Exemplo: psicologia, fisioterapia, odontologia, etc) e está situado no endereço (endereço do estabelecimento)

Ratifico serem verdadeiras essas informações acima prestadas.

Teixeira de Freitas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO, ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO