



PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TEIXEIRA DE FREITAS

Vigilância Epidemiológica

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE (PESSOA FÍSICA)

DECLARAÇÃO

EU (NOME COMPLETO), sob o CPF de número (NÚMERO DO CPF), declaro para devidos fins que o (a) profissional (NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL), portador do CPF de número (NÚMERO DO CPF), prestou-me o serviço de (NOME DO SERVIÇO PRESTADO) no período de (será aceita data a partir de 01 de janeiro de 2021).

Ratifico serem verdadeiras essas informações acima prestadas.

Teixeira de Freitas, ___ de _____ de 2021

(NOME E ASSINATURA DO DECLARANTE)