



Secretaria de Estado da Saúde – SESAU
Secretaria Executiva de Ações de Saúde – SEAS
Superintendência de Vigilância em Saúde – SUVISA

ANEXO ÚNICO

(Modelo de Autodeclaração)

**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: ____/____/____

