



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE EPIDEMIOLOGIA  
GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO/PNI

## **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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_