

DECLARAÇÃO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE

Eu _____,

CPF _____, RG _____, residente no endereço

DECLARO que trabalho como PROFISSIONAL DE SAÚDE (autônomo/liberal), exercendo a atividade de _____, desde ____/____/____, no seguinte local _____.

TERMO DE COMPROMISSO

Assumo inteiramente a responsabilidade através desse documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei bem como pode ser enquadrada como litigância de Má-Fé.

Autorizo a qualquer um que interesse designar a averiguar e confirmar a informação prestada.

Nada mais a declarar, e ciente das responsabilidades das declarações prestadas, firmo a presente.

Data:		Local:	
	dia/mês/ano		

Assinatura: ▲

Art. 298 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40

298 - Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.