

## 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:

dia/mês/ano

Local:

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.