

**Termo de Responsabilidade do Profissional**

*Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_, brasileiro(a), inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na rua \_\_\_\_\_, trabalhador da instituição \_\_\_\_\_, exercendo a função de \_\_\_\_\_, ( ) rede contratualizada, ( ) CNPJ \_\_\_\_\_, DECLARO, para todos os fins de Direito e sob as penas da lei, que me enquadro no critério estabelecido pelo Ministério da Saúde como “Trabalhadores da Saúde”, de acordo com o estabelecido no PNO, que estou ativo e que desempenho minhas funções profissionais presencialmente em espaços e locais de assistência e vigilância em saúde.*

*Por ser verdade, firmo o presente para que surta todos os efeitos legais, sob as penas da lei Civil, Penal e Administrativa.*

*Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2021.*

---

*Assinatura*