

## AUTO DECLARAÇÃO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO:		CNPJ:	
NOME DO PROFISSIONAL		PROFISSÃO:	
CPF:	RG - ÓRGÃO EXP/UF:	TELEFONE:	CELULAR:
ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO (Logradouro / N.º / Complemento):			BAIRRO:
CIDADE:	CEP:	UF:	CNES:
ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-mail):			

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:
---------------------------

( ) DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS, NOS TERMOS DA LEI.

NATAL, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL POR EXTENSO

N.º DA INSCRIÇÃO/NOME DO CONSELHO DE CLASSE

### ATENÇÃO

OS DOCUMENTOS ABAIXO SÃO OBRIGATÓRIOS NO ATO DE VACINAÇÃO

- 1) AUTO DECLARAÇÃO (DOCUMENTO POR MEIO FÍSICO)
- 2) DECLARAÇÃO DE VÍNCULO COM O ESTABELECIMENTO (DOCUMENTO POR MEIO FÍSICO) OU CARTEIRA DE TRABALHO
- 3) CARTEIRA DO CONSELHO DE CLASSE NO ATO DA VACINAÇÃO