

Departamento de Vigilância Sanitária  
Divisão de Vigilância Sanitária das Condições do Exercício Profissional

## DECLARAÇÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇOS EM SAÚDE TERCEIRIZADO EAS COM ENDEREÇO FISCAL

Eu.....CPF.....

Residente à .....Bairro.....

Declaro que a Empresa.....CNPJ.....

localizada à .....Bairro.....

sob minha Responsabilidade é apenas **ENDEREÇO FISCAL**.

Declaro que as atividades desenvolvidas pela Empresa são de fornecimento de Profissionais  
..... especialistas em.....,

que atuam nos seguintes **Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS (Listar os estabelecimentos)**:

Declaro que as ATIVIDADES desenvolvidas no EAS são realizadas pelos seguintes  
**Profissionais (Listar os profissionais: nomes e nº Conselho e ANEXAR CÓPIAS DAS certidões negativas junto aos Conselhos de Classe correspondentes)**:

Declaro que as ATIVIDADES realizadas pela empresa, com seus respectivos CNAES constantes no CNPJ são:

Declaro que no endereço fiscal realizo a guarda de equipamentos e/ou medicamentos (citar os equipamentos e /ou medicamentos, além cópia de manutenção/calibração dos equipamentos)

Envio cópia da Certidão de inscrição de Pessoa Jurídica junto ao Conselho de Classe correspondente e cópia da Certidão de Direção Técnica da Empresa, junto ao conselho de classe correspondente.

---

**Assinatura do Responsável Técnico ou Legal**

End.: Av. Governador José Malcher, nº 2821 – São Brás  
Fone: 3184 6133 / 3184 6134/ 3184 6135 / E-mail: dvscep@yahoo.com.br