

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 àBairro.....

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

localizada àBairro.....

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 n° 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