



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, portador da cédula de identidade nº _____ e inscrito no CPF sob o nº _____, _____ (profissão), _____ (estado civil), residente e domiciliado no endereço sito _____, na Cidade de _____, firmo o presente Termo de Responsabilidade no qual venho expressar minha integral concordância em permanecer, por livre e espontânea vontade, desenvolvendo minhas atividades na Unidade _____.

Declaro, ainda, estar satisfatoriamente informado acerca das orientações provenientes da Secretaria de Estado da Saúde – SES/MA quanto aos riscos de contaminação, mas sendo tal risco assumido por mim, em respeito, inclusive, ao juramento da profissão, isentando a SES/MA de qualquer responsabilidade de ordem patrimonial e moral.

São Luís (MA), ____/____/2020.

Assinatura