

## Declaração dos tipos de atendimentos e especialidades realizadas e relação dos profissionais de saúde.

Declaramos, para os devidos fins, que a empresa \_\_\_\_\_  
(CNPJ/CPF) \_\_\_\_\_, exerce as atividades e procedimentos elencadas  
abaixo através dos profissionais citados.

Nº	ATIVIDADE / PROCEDIMENTO/ ESPECIALIDADE	NOME DO PROFISSIONAL	PROFISSÃO	Nº DO REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE (SE HOVER)

Campos dos Goytacazes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2025

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico