



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUS

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu.....portador da cédula de identidade nºe inscrito no CPF nº....., (profissão), (estado civil), residente e domiciliado na Rua....., considerando a Portaria nº.....firmo o presente Termo de Responsabilidade onde quero expressar a minha integral concordância em permanecer de livre e espontânea vontade desenvolvendo minhas atividades na Unidade

Declaro estar satisfatoriamente informado acerca das orientações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, quanto aos riscos de contaminação, mas sendo tal risco assumido por mim, em respeito, inclusive ao *juramento da profissão*, isentando a SEMUS de qualquer responsabilidade de ordem patrimonial ou moral.

São Luís MA, _____

Assinatura do Servidor