



## DECLARAÇÃO INEXISTÊNCIA DE FUNCIONÁRIOS

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do CPF/MF: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ responsável pela Razão Social

\_\_\_\_\_,  
CNPJ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, situada na

\_\_\_\_\_,  
declaro que não possuo nenhum vínculo empregatício (carteira ou contrato de  
trabalho) com profissionais da área de saúde bucal (ASB, TSB e TPD) até a  
presente data.

\_\_\_\_\_/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026  
(Município) (dia) (mês)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Sócio(a) Administrador(a) ou Responsável Administrativo  
(Assinatura de Próprio Punho / Certificado Digital / Conta GOV)