



CADASTRO DE PROFISSIONAIS BARREIRAS SANITÁRIAS

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

NOME:		
DN:	CPF:	TELEFONE:
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	Nº	RUA:
TRABALHADOR DE SERVIÇOS ESSENCIAIS DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL 69.700/2020		
EMPREGADOR:		
ENDEREÇO:		
TELEFONE :		
FUNÇÃO:		
DIAS QUE TRABALHA:		

DATA DO PREENCHIMENTO:

Identificação do transporte		
Tipo de transporte: Van () Ônibus () carro de passeio ()		
Apresentou documento que comprova o vínculo?:		
Número de identificação:		
Município de partida:	destino final:	Horário:

Declaro que as informações declaradas por mim são verdadeiras

Assinatura Legível