

**DECLARAÇÃO DE SERVIÇO ESSENCIAL - AUTORIZAÇÃO PARA  
CIRCULAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS ESTADUAIS DO ESTADO DA  
PARAÍBA**

A Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, integrante da estrutura do Poder Executivo Estadual, com sede em João Pessoa/ PB, na Av. Dom Pedro II, nº 1826, Torre, João Pessoa, inscrita no CNPJ sob o nº 08778268000160, por seu representante legal que esta subscreve, vem pela presente **DECLARAR** o que segue:

De acordo com o Decreto Estadual nº 40.289, de 30 de maio de 2020, as atividades realizadas pelo (a) **(NOME DA UNIDADE DE SAÚDE)** são consideradas serviços essenciais para a manutenção da continuidade do serviço público estadual.

**O (A) Sr(a). NOME DO SERVIDOR**

Em razão das atividades desenvolvidas pelo servidor, ao mesmo é necessário deslocar-se entre sua residência e a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, visto que a proibição do trânsito do servidor causará interrupção das atividades de serviços essenciais.

O declarante ratifica a veracidade desta Declaração e a ciência quanto à responsabilidade criminal em caso de falsidade.

Por ser expressão da verdade, firma-se a presente.

João Pessoa, 01 de junho de 2020.

**Assinatura do Diretor da Unidade de Saúde.**