



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VARGINHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

REV 01

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

- () TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
() TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – SUBSTITUTO

Eu, _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL

RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	
CPF:	CTPS:	SÉRIE:	
ESCOLARIDADE: _____ () GRADUAÇÃO () MESTRADO () DOUTORADO () ESPECIALIZAÇÃO _____			
CONSELHO FEDERAL/REGIONAL DE:		Nº INSCRIÇÃO:	
ENDEREÇO: (AV./RUA, PRAÇA):		Nº:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	
E-MAIL:		TEL:	FAX:

Declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIAMENTO

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:		
NOME FANTASIA:	DATA DE INICIO DE FUNCIONAMENTO:		
INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:		
ENDEREÇO: (AV./RUA, PRAÇA):	Nº:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	UF:		
E-MAIL:	TEL:	FAX:	
OBJETIVO DO CONTRATO SOCIAL: _____ NATUREZA JURÍDICA: () ASSOCIAÇÃO () COOPERATIVA () ESTADUAL () FEDERAL FILANTRÓPICO: () FUNDAÇÃO () MUNICIPAL () PRIVADO () SINDICATO			
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:		CPF:	
RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	

No qual me comprometo a prestar assistência efetiva, de acordo com a legislação vigente.

Varginha, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico

“Solicitar a renovação do Alvará Sanitário entre 90 e 120 dias antes do vencimento”