



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

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Ilustríssimo(a) Senhor(a),

Coordenador(a) de Vigilância Sanitária,

Eu \_\_\_\_\_,

portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

**PROFISSIONAL**

RG:	CPF:	CTPS Nº:	SÉRIE:
FORMAÇÃO:		ESPECIALIZAÇÃO:	
CONSELHO REGIONAL DE:		Nº DE INSCRIÇÃO:	
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro):			
MUNICÍPIO:	CEP:	TELEFONE:	
E-MAIL:		FAX:	

Declaro assumir a Responsabilidade Técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

**ESTABELECIMENTO**

NOME DO ESTABELECIMENTO:			
RAZÃO SOCIAL:			
CNPJ:		ATIVIDADE:	
INSCRIÇÃO ESTADUAL:		INSCRIÇÃO MUNICIPAL:	
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro):			
MUNICÍPIO:		CEP:	
ATIVIDADE:			
E-MAIL:		TELEFONE:	
RESPONSÁVEL LEGAL:			
RG:		CPF:	

Ao qual me comprometo a prestar assistência efetiva, de acordo com a legislação vigente.

Varginha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico