



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



FICHA CADASTRAL PARA SERVIÇO DE REMOÇÃO DE PACIENTES - AMBULÂNCIA

RAZÃO SOCIAL:

NOME FANTASIA:

ATIVIDADE QUE REALIZA:

NÚMERO DE AMBULÂNCIAS, TIPO E PLACAS:

ENDEREÇO (rua/av, número, bairro):

TELEFONE:
()

E-MAIL:

CNPJ:

RESPONSÁVEL LEGAL:

TELEFONE:
()

RG Nº:

CPF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

TELEFONE:
()

RG Nº:

CPF:

CONSELHO REGIONAL DE:

Nº DE INSCRIÇÃO:

Divinópolis, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL/ CARIMBO

Rua Rio Grande do Sul, nº 759- CEP: 35.500-025

Tele/Fax: (37) 3229.6867/ Projetos:(37) 3229.6876/ Administrativo: (37) 3229.6866/ Fiscalização Saúde (37) 3229.6868 e 6869
visadivinopolis.fiscalizacao@gmail.com/ visadivinopolis.projetos@gmail.com/ visadivinopolis.coordenacao@gmail.com