



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



SOLICITAÇÃO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

RG Nº:	CPF:
CONSELHO REGIONAL DE:	Nº DE INSCRIÇÃO:

venho declarar baixa da responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

RAZÃO SOCIAL:	
NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO (Rua/Av, número, bairro):	TELEFONE: ()
PROPRIETÁRIO LEGAL:	

e nestes termos peço deferimento.

Divinópolis, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA/ CARIMBO