

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PERANTE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Eu \_\_\_\_\_, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

RG Nº:	CPF:
CONSELHO REGIONAL DE:	Nº DE INSCRIÇÃO:
NÍVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESPECIFICAR:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av, número, bairro):	
MUNICÍPIO:	CEP:
E-MAIL:	TELEFONE RESIDENCIAL: ( )

**Declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:**

RAZÃO SOCIAL/NOME FANTASIA:
ATIVIDADE A SER REALIZADA NO LOCAL: Obs.: No caso de divulgação de especialidade na área da saúde no Alvará Sanitário, deverá ser apresentada cópia de título, diploma, certificado ou carteira profissional, devidamente registrado, conforme exigência do conselho de classe. ..... ..... ..... ..... .....

**e que tenho como substituto legal:**

NOME:		
CPF:	RG Nº:	Nº DE INSCRIÇÃO:

**Comprometemo-nos a atender as normas legais vigentes e garantir condições sanitárias adequadas dos serviços prestados.**

Divinópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO  
CARIMBO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SUBSTITUTO  
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