



**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:<br>( ) |
| PROPRIETÁRIO LEGAL:                |                  |

e nestes termos peço deferimento.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA/ CARIMBO