



Prefeitura Municipal de Taiobeiras-MG  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância Sanitária

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

|                                                               |                                    |                  |                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| P<br>R<br>C<br>F<br>I<br>S<br>S<br>I<br>C<br>O<br>N<br>A<br>I | RG N°:                             | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | DATA EXPEDIÇÃO:<br>____/____/____                                                                                                                                                          |
|                                                               | CPF:                               | CTPS:<br>N°:     | SÉRIE:<br>N° INSCRIÇÃO:                                                                                                                                                                    |
|                                                               | CONSELHO DE: _____                 |                  | NÍVEL DE ESCOLARIDADE:<br><input type="checkbox"/> - GRADUAÇÃO<br><input type="checkbox"/> - ESPECIALIZAÇÃO<br><input type="checkbox"/> - MESTRADO<br><input type="checkbox"/> - DOUTORADO |
|                                                               | ESPECIALIZAÇÃO                     |                  |                                                                                                                                                                                            |
|                                                               | ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro): |                  |                                                                                                                                                                                            |
|                                                               | MUNICÍPIO:                         | CEP:             | TELEFONE:                                                                                                                                                                                  |
|                                                               | E-MAIL:                            | FAX:             |                                                                                                                                                                                            |

Declaro assumir a Responsabilidade Técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

|                                                                         |                                   |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| E<br>S<br>T<br>A<br>B<br>E<br>L<br>E<br>C<br>I<br>M<br>E<br>N<br>T<br>O | RAZÃO SOCIAL:                     |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                         | NOME FANTASIA:                    |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                         | CNPJ:                             | INSCRIÇÃO ESTADUAL:                                | INSCRIÇÃO MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |
|                                                                         | ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro) |                                                    | CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |
|                                                                         | MUNICÍPIO:                        | Data de Início de funcionamento:<br>____/____/____ | NATUREZA JURÍDICA:<br><input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO<br><input type="checkbox"/> - COOPERATIVA<br><input type="checkbox"/> - ESTADUAL<br><input type="checkbox"/> - FEDERAL<br><input type="checkbox"/> -<br>FILANTROPICO<br><input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO<br><input type="checkbox"/> - MUNICIPAL<br><input type="checkbox"/> - PRIVADO<br><input type="checkbox"/> - SINDICATO |                                   |
|                                                                         | TELEFONE:                         | FAX:<br>( )                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                         | E-MAIL:                           |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                         | OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:         |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                         | RESPONSÁVEL LEGAL:                |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
|                                                                         | CPF:                              | RG N°                                              | ÓRG. EXPEDIDOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DATA EXPEDIÇÃO:<br>____/____/____ |

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

Taiobeiras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.



Prefeitura Municipal de Taiobeiras-MG  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância Sanitária

---

**Assinatura do Responsável Técnico**