



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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____ portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

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

Declaro assumir a Responsabilidade Técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

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

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