



**PROMOVER E
PROTEGER A SAÚDE**
Vigilância Sanitária do Estado de Minas Gerais

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE VARGINHA
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ portador (a) dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG Nº:	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA EXPEDIÇÃO
	CPF:	CTPS:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> - GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> - ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> - MESTRADO <input type="checkbox"/> - DOUTORADO
	CONSELHO DE ESPECIALIZAÇÃO:		Nº INSCRIÇÃO
	ENDEREÇO (Rua/Av, número bairro)		
	MUNICÍPIO	CEP	TELEFONE
	E-MAIL		FAX

declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
	ENDEREÇO:		CEP
	MUNICÍPIO:	Data de Início de Funcionamento:	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> - ESTADUAL <input type="checkbox"/> - FEDERAL <input type="checkbox"/> - FILANTRÓPICO <input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> - MUNICIPAL <input checked="" type="checkbox"/> - PRIVADO <input type="checkbox"/> - SINDICATO
	TELEFONE:	FAX:	
	E-MAIL:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		
	CPF:	RG Nº	ORG. EXPEDIDOR:

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

São Lourenço, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico