

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA LUZIA

Núcleo de Vigilância Sanitária

Termo de Responsabilidade Técnica

Eu _____,
portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

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

Venho requerer a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro)		CEP ____.____.____
	MUNICÍPIO:	COMPLEXIDADE: <input type="checkbox"/> - BAIXA <input type="checkbox"/> - MÉDIA <input type="checkbox"/> - ALTA	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> - ESTADUAL <input type="checkbox"/> - FEDERAL <input type="checkbox"/> - FILANTROPICO <input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> - MUNICIPAL <input type="checkbox"/> - PRIVADO <input type="checkbox"/> - SINDICATO
	TELEFONE: ()	FAX: ()	
	E-MAIL:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		
	CPF:	RG Nº	ÓRG. EXPEDIDOR: DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____

Nesses Termos, peço deferimento.

Data : ____ / ____ .2017

Assinatura do Responsável Técnico