

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA LUZIA

Núcleo de Vigilância Sanitária

## Baixa de Responsabilidade Técnica

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

PROFISSIONAL	RG Nº:		ÓRGÃO EXPEDIDOR:		DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____	
	CPF:		CTPS: Nº:                      SÉRIE:		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: (    )	

Venho requerer a baixa de minha responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

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

Nesses Termos, peço deferimento.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico