



**VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
DE RIBEIRÃO DAS NEVES**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Nº PROTOCOLO

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

PROFISSÃO

CPF

CONSELHO DE CLASSE

LOGRADOURO

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

TELEFONES

EMAIL

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE

ASSUMO A RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO ABAIXO QUALIFICADO.

SOLICITO A BAIXA DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO ESTABELECIMENTO

ABAIXO QUALIFICADO

RAZÃO SOCIAL/NOME

NOME FANTASIA

CNPJ/CPF

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL

LOGRADOURO

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

TELEFONES

EMAIL

RIBEIRÃO DAS NEVES, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

OBS.: PROTOCOLAR EM 2 VIAS