



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Divisão de Vigilância Sanitária**



**TERMO DE RESPONSABILIDADE - PF**

Eu \_\_\_\_\_

**portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:**

<b>PROFISSIONAL</b>	RGNº:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____
	CPF:	CTPS:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE
	CONSELHO DE:	SÉRIE: Nº	<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: ( )	

**declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:**

<b>ESTABELECIAMENTO</b>	NOME FANTASIA:		
	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"/> FILANTRÓPICO <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	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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