



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



**TERMO DE RESPONSABILIDADE - PJ**  
**SUBSTITUTO**

Eu \_\_\_\_\_

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

<b>PROFISSIONAL</b>	RGN°:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____
	CPF:	CTPS:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE
	CONSELHO DE:	SÉRIE:	<input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO
	ESPECIALIZAÇÃO:	N°	<input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		<input type="checkbox"/> MESTRADO
	MUNICÍPIO:	CEP	<input type="checkbox"/> DOUTORADO
	E-MAIL:		

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

<b>ESTABELECIMENTO</b>	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro)		CEP:
	MUNICÍPIO:	COMPLEXIDADE:	NATUREZA JURÍDICA:
	TELEFONE:	FAX:	<input type="checkbox"/> BAIXA
	E-MAIL:		<input type="checkbox"/> MÉDIA
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		<input type="checkbox"/> ALTA
	RESPONSÁVEL LEGAL:		<input type="checkbox"/> ASSOCIAÇÃO
CPF:	RG N°	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 Substituto**