



PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Dr. Eufrásio Rodrigues, 05 - Bairro Centro – CEP: 38.700-050
Telefone: (34) 3822.9623 - vigilanciasanitaria@patosdeminas.mg.gov.br - www.patosdeminas.mg.gov.br

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____,
portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

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

Declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIAMENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
	ENDEREÇO: (Rua/Av. número, Bairro):		CEP:
	MUNICÍPIO:	Data do início de funcionamento	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	ÓRG. EXPEDIDOR	
		DATA EXPEDIÇÃO __/__/__	

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

_____, _____ de _____ de 2.0____

Assinatura do Responsável Técnico