



**PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

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

ANEXO III

CANCELAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Sr. (a) _____, responsável técnico pela firma _____, situada à Rua / Avenida _____ n° _____, telefone _____, na cidade de _____ neste município de Patos de Minas, vem através deste, requerer Baixa de **RESPONSABILIDADE TÉCNICA** pela referida firma.

Nestes termos

Pede deferimento

Patos de Minas, _____.

(Assinatura do Responsável Técnico)