



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome:			
Conselho Regional:	Nº do Registro:	CPF:	RG:
Endereço Residencial:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		CEP.:
Fone:	E-mail:		

DADOS DA EMPRESA

Razão Social:			
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		CEP.:
Fone:	CNPJ:		
Setor ou Área Assumida:			

DECLARAÇÃO

Declaro, no pleno exercício de minhas atividades, que assumo a Responsabilidade Técnica Pela empresa acima, comprometendo-me a:

- Responder pelas ações e/ou omissões transgressoras das normas sanitárias que venham a ocorrer no estabelecimento;
- Fornecer às autoridades sanitárias todas as informações e solicitações relativas ao estabelecimento;
- Comunicar à Vigilância Sanitária, de imediato e por escrito, quando da cessação da responsabilidade técnica.

DATA E ASSINATURA

Local e data

Assinatura do Profissional