



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO



TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:

CPF:

RG:

Órgão Emissor :

UF:

Categoria Profissional:

Nº Inscrição no Conselho:

Endereço Residencial:

Bairro:

Município:

U.F:

CEP:

E-mail:

Telefone: ()

Horário de Trabalho:

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Município:

U.F:

CEP:

E-mail:

Telefone:()

Ramo de Atividade:

Serviço Sob Responsabilidade do Técnico Identificado:

....., identificado acima comunica

(nome legível do responsável técnico)

à este órgão que a partir da data/...../..... é responsável técnico pelo serviço já qualificado, assume o compromisso de comunicar à este órgão a data de baixa de responsabilidade.

Fico ciente que assumo toda a responsabilidade técnica pelo serviço a partir da data acima até a data a ser comunicada neste setor.

(Local)

____ / ____ / _____

(Data)

Assinatura e carimbo com Inscrição no Conselho de Classe