**ANEXO V - REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO E - BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prefeitura Municipal de CariacicaSecretaria Municipal de SaúdeGerência de Vigilância em SaúdeCoordenação de Vigilância Sanitária |
| **Este formulário deverá ser totalmente preenchido com letra de forma ou digitado.** |
| 1. **REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA À VIGILÂNCIA SANITÁRIA TIPO E:**
 |
| [ ]  **Baixa de responsabilidade técnica** |
| 1. **DADOS DO REQUERENTE:**
 |
| Responsável Técnico**(\*)**: |
| Reg. Conselho de Classe**(\*)**: |
| Endereço residencial**(\*)**: |
| Número**(\*)**:  | Complemento**(\*)**:  |
| Bairro**(\*)**: | CEP**(\*)**:  |
| Telefone **(\*)**: | E-mail**(\*)**: |
| 1. **DADOS DA EMPRESA QUE ESTÁ SENDO REQUERIDA A BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA:**
 |
| Nome / Razão social**(\*)** |
| Nome Fantasia: |
| CPF / CNPJ**(\*)**: | Inscrição Municipal**:** |
| Endereço comercial**(\*)**: |
| Número**(\*)**:  | Complemento**(\*)**:  |
| Bairro**(\*)**: | CEP**(\*)**:  |
| Telefone do estabelecimento**(\*)**: | E-mail do estabelecimento**(\*)**: |
| 1. **DECLARAÇÃO:**
 |
| Comunico à Vigilância Sanitária, que na data a seguir informada, deixei de exercer a função de responsável técnico pela empresa mencionada anteriormente.Atesto a veracidade das informações prestadas por ocasião desta comunicação junto a esta Autoridade Sanitária Competente.  |
| DATA DA DESCONTINUIDADE DA FUNÇÃO**(\*)**:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data**(\*)**:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura do Responsável Técnico **(\*)**: |
| **QUALQUER RASURA INVALIDA ESTE FORMULÁRIO.****CAMPOS MARCADOS COM (\*) SÃO DE PREENCHMENTO OBRIGATÓRIO.** |