



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



## TERMO DE RESPONSÁVEL CAPACITADO

### DADOS DO PROFISSIONAL

Nome:			
Capacitação:	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 sou o responsável capacitado e assumo a responsabilidade 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;

### DATA E ASSINATURA

Local e data

Assinatura do Profissional