



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância Sanitária

Declaração de Responsabilidade Técnica – DRT

A empresa (nome Razão Social) _____, inscrita
no CNPJ nº _____, Estabelecimento (nome de Fantasia) _____
_____, situado na _____
_____, bairro _____ CEP _____

Representada por _____ CPF _____

Declara para fins e efeitos legais que o HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO do estabelecimento é

SEG/SEX:			
SAB:		DOM/FER:	

O PROFISSIONAL ABAIXO RELACIONADO DECLARA QUE SEU HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA É:

RESPONSÁVEL TÉCNICO :		CONSELHO DE CLASSE Nº	
SEG/SEX:			
SAB:		DOM/FER:	

RESPONSÁVEL SUBSTITUTO		CONSELHO DE CLASSE Nº	
SEG/SEX:			
SAB:		DOM/FER:	

RESPONSÁVEL SUBSTITUTO:		CONSELHO DE CLASSE Nº	
SEG/SEX:			
SAB:		DOM/FER:	

RESPONSÁVEL SUBSTITUTO:		CONSELHO DE CLASSE Nº	
SEG/SEX:			
SAB:		DOM/FER:	

Nós, abaixo-assinados, declaramos ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-nos-á à ação criminal de falsidade ideológica, prevista no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Obs1: Anexar cópia da carteira profissional (CRF) de cada FARMACÊUTICO;

Obs2: Anexar cópia do RG e CPF do responsável legal.

Local:

Data: ___/___/____.

Assinatura do
Representante Legal

Assinatura do
Responsável Técnico

Assinatura do
Responsável
Substituto1

Assinatura do
Responsável
Substituto 2

Assinatura do
Responsável
Substituto 3

