

DECLARAÇÃO

ATIVIDADES REALIZADAS EM CONSULTÓRIO MÉDICO

_____,
(nome)
declaro para fins de obtenção de **Alvará Sanitário** que sou o responsável pelo estabelecimento de saúde, localizado na Rua _____, com CNPJ _____ (endereço) e exerço em minha clínica/consultório médico as seguintes atividades:

Estando ciente que, em caso, de realização de procedimentos invasivos devo entrar em contato com a Vigilância Sanitária do estado de Santa Catarina.

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiras as informações aqui prestadas.

Campos Novos/SC, _____ de _____ de _____

Nome:
CPF: