



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

AUTO / TERMO

Nº

1ª Via

CÓDIGO DO DISTRITO SANITÁRIO		CÓDIGO DO S.R.S.V.S		CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA		CÓDIGO DO MUNICÍPIO	
NOME DO ESTABELECIMENTO				RAZÃO SOCIAL			
CNPJ/CPF	ATIVIDADE	INSCRIÇÃO ESTADUAL		ATIVIDADE	IMPOSTO S/ SERVIÇO		ATIVIDADE
ENDEREÇO				BAIRRO/LOCALIDADE		MUNICÍPIO	
PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL				ÓRGÃO DE CLASSE E Nº DA CARTEIRA		IDENTIDADE E ÓRGÃO DE EXPEDIDOR	
RESPONSÁVEL TÉCNICO PRINCIPAL				ÓRGÃO DE CLASSE E Nº DA CARTEIRA		IDENTIDADE E ÓRGÃO DE EXPEDIDOR	
AUTORIDADE SANITÁRIA				CARGO OU FUNÇÃO			

COM BASE:

AUTO DE		TERMO DE	
DATA	HORA	DATA	HORA:
PELO FATO DE		ATRAVÉS DO QUAL FICA	

_____ ASSINATURA DA AUTORIDADE SANITÁRIA	____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL
---	------------------------	--

NOS TERMOS DO CÓDIGO SANITÁRIO FOI DADO CIÊNCIA E DEIXADO A 2ª VIA

____/____/____ DATA	_____ AUTORIDADE SANITÁRIA	_____ 1ª TESTEMUNHA (RG: _____)	_____ 2ª TESTEMUNHA (RG: _____)
------------------------	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------