**REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE SERVIÇO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável técnico pela  (razão social da empresa), inscrita no CNPJ/CPF nº , **SOLICITO A ALTERAÇÃO DOS SERVIÇOS** exercidos no estabelecimento conforme descrito abaixo.

**Marque todos os “X” até mesmo para os serviços que irão permanecer.**

 **DE: PARA:**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) COM CIRURGIA( ) SEM CIRURGIA( ) FUNCIONAMENTO DIURNO( ) FUNCIONAMENTO 24H( ) COM INTERNAÇÃO DIURNA( ) COM INTERNAÇÃO INTEGRAL( ) SEM INTERNAÇÃO( ) COM INFECTO-CONTAGIOSO( ) SEM INFECTO-CONTAGIOSO | ( ) COM CIRURGIA( ) SEM CIRURGIA( ) FUNCIONAMENTO DIURNO( ) FUNCIONAMENTO 24H( ) COM INTERNAÇÃO DIURNA( ) COM INTERNAÇÃO INTEGRAL( ) SEM INTERNAÇÃO( ) COM INFECTO-CONTAGIOSO( ) SEM INFECTO-CONTAGIOSO |
|  |  |

Assim, ATESTO e ME RESPONSABILIZO pelo cumprimento integral das condições de funcionamento prescritas na Resolução nº 1.275/2019 do CFMV e pelas normas de boas praticas previstas no Art. 15º da referida Resolução.

 **Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade. Declaro, por fim, que estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data |  Assinatura do Responsável Técnico e Carimbo |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |