



REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE SERVIÇO

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

Marque os "X" até mesmo para os serviços que irão permanecer.

DE:	PARA:
☐ COM CIRURGIA	☐ COM CIRURGIA
☐ SEM CIRURGIA	☐ SEM CIRURGIA
☐ FUNCIONAMENTO DIURNO	☐ FUNCIONAMENTO DIURNO
☐ FUNCIONAMENTO 24H	☐ FUNCIONAMENTO 24H
☐ COM INTERNAÇÃO DIURNA	☐ COM INTERNAÇÃO DIURNA
☐ COM INTERNAÇÃO INTEGRAL	☐ COM INTERNAÇÃO INTEGRAL
☐ SEM INTERNAÇÃO	☐ SEM INTERNAÇÃO
☐ COM INFECTO-CONTAGIOSO	☐ COM INFECTO-CONTAGIOSO
☐ SEM INFECTO-CONTAGIOSO	☐ SEM INFECTO-CONTAGIOSO
☐ OUTRO: _____	☐ OUTRO: _____

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 Á mão com Carimbo OU assinado digitalmente pelo Gov.br _____
---	--