|  |  |
| --- | --- |
|  | PREFEITURA DE ARUJÁESTADO DE SÃO PAULOSecretaria Municipal de Saúde e Higiene – Vigilância SanitáriaAv João Manoel, 420- piso superior – Centro – Arujá – Fone: 4653-3535E-mail : saude.visa@aruja.sp.gov.br |

DECLARAÇÃO DE ADOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS PARA EMPRESAS DE SERVIÇOS DE REMOÇÃO DE PACIENTES, EXCETO SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador dos documentos, RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pela empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

estabelecida no endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ com o ramo de atividade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_declaro que conheço e adoto as normas de boas práticas de higiene, biossegurança, integridade e segurança do paciente durante a remoção.

Sendo o que tinha a declarar, e para maior clareza, assino abaixo.

Arujá - SP, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável Legal