|  |  |
| --- | --- |
|  | PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁESTADO DE SÃO PAULOSecretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar AnimalDivisão de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses e VetoresAv. João Manoel, 420- piso superior – Centro – Arujá – Fone: 4653-3535, 4652-1079e-mail : saude.visa@aruja.sp.gov.br |

DECLARAÇÃO DE ADOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

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.

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

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

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

Responsável Legal