



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ**

FICHA CADASTRAL

Nome/Razão Social _____

CPF/CNPJ _____

Responsável Técnico _____

Especialidade _____

Endereço _____ nº _____

Compl. _____ Bairro _____ Cidade _____

Inscrição Conselho Regional de _____ nº _____ UF _____

Assinatura responsável técnico

OBS. Ficha Cadastral com assinatura reconhecida ou com aposição de reconhecimento por fé pública de servidor da vigilância sanitária na presença do responsável técnico.