

REQUERIMENTO
AO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

REQUERENTE

1. NOME /RAZÃO SOCIAL:

2. NOME FANTASIA:

3. CNPJ / CPF:

4. INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

5. CEP:

6. ENDEREÇO DO REQUERENTE:

7. Nº:

8. BAIRRO:

9. TELEFONE CELULAR:

10. TELEFONE FIXO:

11. E-MAIL:

RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

2. VÍNCULO:

3. CPF:

RESPONSÁVEL TÉCNICO

1. NOME:

2. CONSELHO *DE CLASSE*:

3. Nº DE INSCRIÇÃO *NO CONSELHO*:

4. CPF:

5. TELEFONE:

6. E-MAIL:

7. VINCULO:

EMPREENDIMENTO

ATIVIDADES:

CNAE:

ATIVIDADES:

CNAE:

2. ENDEREÇO (*logradouro e nº*):

3. BAIRRO

4. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

5. ÁREA TOTAL (m²):

6. Nº FUNCIONÁRIOS:

7. SE RENOVAÇÃO, Nº DO ALVARÁ SANITÁRIO e VALIDADE:

8: Nº CNES (apenas para serviços de saúde):

CLASSIFICAÇÃO

S. ALIMENTOS

SERVIÇO DE SAÚDE

S. INTERESSE À SAÚDE

SOLICITAÇÃO

- Alvará Sanitário - Inicial
- Alvará Sanitário - Renovação
- Mudança do Responsável Técnico
- Mudança do Responsável Legal
- Certidão
- Visita técnica
- Coleta de amostras
- Coleta de água

- Termo de Compromisso
- Reforma ou ampliação da estrutura física
- Inclusão de atividade
- Exclusão de atividade
- Relatório Técnico
- Parecer Técnico
- Autorização Sanitária Especial
- Outros: _____

Nestes termos pede deferimento.

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

REQUERENTE
(repres. legal/respons. téc.)