



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA ESTABELECIMENTOS EM GERAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE			
<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	CNPJ/CPF	IM	CNES
Razão Social:			
Nome Fantasia:			
Endereço:		CEP:	
Bairro:	Telefone:		
Ponto de Referência:	E-mail:		
Proprietário/Responsável Legal:		CPF:	
Responsável Técnico	CPF:	Nº do Conselho	
2-ASSUNTO DA SOLICITAÇÃO			
<input type="checkbox"/> Alvará Sanitário Inicial	<input type="checkbox"/> Renovação do Alvará Sanitário		
<input type="checkbox"/> Análise de Projeto Arquitetônico	<input type="checkbox"/> Segunda via documento		
<input type="checkbox"/> Cancelamento licença/Desativação	<input type="checkbox"/> Defesa ou Recurso em processo administrativo auto de Infração Nº data do auto / /		
<input type="checkbox"/> Alteração de dados	<input type="checkbox"/> Razão Social/Nome Fantasia	<input type="checkbox"/> Alteração de Endereço	<input type="checkbox"/> Baixa de R. T
	<input type="checkbox"/> Responsabilidade Legal	<input type="checkbox"/> Ampliação/Redução de Atividade	<input type="checkbox"/> Assunção de R.T.
	<input type="checkbox"/> Incorporação/ Fusão/ Sucessão/Cisão		
Outros:			
2.1-TIPO DO SERVIÇO OBJETO DA SOLICITAÇÃO:			
CNAE	Descrição:		

Declaramos ter ciência da obrigatoriedade de cumprir a legislação e normas sanitárias. Assumimos civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário. Estamos cientes que responderemos, nas vias cabíveis, pela omissão ou inverdades nas informações aqui declaradas. Por ser verdade o que declaramos e assumimos, assinamos abaixo.

Campo Novo do Parecis ____/____/____

Responsável Legal
(por extenso)