



REQUERIMENTO

 PREFEITURA MUNICIPAL DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		 VIGILÂNCIA SANITÁRIA Nossa Senhora do Socorro	
IDENTIFICAÇÃO (preenchimento obrigatório)			
RAZÃO SOCIAL		Nº DA PASTA	DATA
NOME FANTASIA		E-MAIL	
ENDEREÇO		FONE FIXO	CELULAR
BAIRRO		CNPJ/CPF	
		INSCRIÇÃO MUNICIPAL Nº	
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA DE INTERESSE À SAÚDE SEGUNDO O CNAE			
TIPO DE SOLICITAÇÃO À VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
<input type="checkbox"/> LICENÇA SANITARIA INICIAL	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DO RESPONSÁVEL LEGAL.	<input type="checkbox"/> AMPLIAÇÃO DE ATIVIDADE.	
<input type="checkbox"/> LICENÇA SANITARIA RENOVAÇÃO	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO.	<input type="checkbox"/> REDUÇÃO DE ATIVIDADE	
<input type="checkbox"/> 2ª VIA LICENÇA SANITÁRIA.	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO.	<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar no verso)	
RESPONSÁVEL LEGAL (preenchimento obrigatório)			
NOME		CPF	
RESPONSÁVEL TÉCNICO (preenchimento apenas para atividades em que a responsabilidade técnica é obrigatória)			
NOME		CPF	
CONSELHO DE CLASSE		NÚMERO	
ASSINATURA (S)			
DECLARAMOS CUMPRIR A LEGISLAÇÃO VIGENTE E ASSUMIR, CÍVIL E CRIMINALMENTE, INTEIRA RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO.			
		NOSSA SENHORA DO SOCORRO, __/__/____	
_____ ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL		_____ ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO	

CAMPO DE USO EXCLUSIVO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
ENTREGA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS NA SEDE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
DATA DO RECEBIMENTO:	Nº DA PASTA:	ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO: