



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

REQUERIMENTO

TIPO DE PETIÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Cancelamento

ASSUNTO
<input type="checkbox"/> Alvará Sanitário

01 – Nome (Razão Social):	
02 – Nome de Fantasia:	
03 – CNPJ:	CPF:
04 – Endereço:	Nº
Complemento:	Bairro:
Fone/Fax:	CEP:
E-mail:	
05 – Horário de Funcionamento:	

MOTIVAÇÃO PARA SOLICITAÇÃO DA BAIXA	
<input type="checkbox"/> Atividade não é mais desenvolvida pela empresa/pessoa	<input type="checkbox"/> Estabelecimento mudou de CNPJ/CPF
<input type="checkbox"/> Estabelecimento mudou de endereço	<input type="checkbox"/> Estabelecimento mudou de proprietário(s)
<input type="checkbox"/> Outros motivos:	

CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA	
06 – Atividade(s) que desenvolvia:	
CÓDIGO	ATIVIDADES

07 – Responsabilidade Técnica: (somente para estabelecimentos que necessitam resp. técnico)	
Nome:	
Profissão	Sigla do Conselho:
UF:	Nº de Inscrição no Conselho:
Assinatura do Responsável Técnico com carimbo	

09 – Representante Legal:	CPF:
Assinatura do Representante Legal	

ESTE REQUERIMENTO É PADRÃO, NÃO DEVE SER MODIFICADO.

Mondai - SC ____/____/____.

Nome do solicitante:_____.

E-mail:_____.

CPF/RG:_____.