|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Timbre.bmp | **PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIZ ALVES** **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  **DEPARTAMENTO VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  **VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  **FORMULÁRIO DE PETIÇÃO**  **Este formulário deve ser preenchido na íntegra** | **USO DO ÓRGÃO RECEBEDOR** |

**REQUER JUNTO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | CONCESSÃO |
|  | CANCELAMENTO |
|  | ALTERAÇÃO |
|  | AUTENTICAÇÃO |
|  | TRANSFERÊNCIA |
|  | INCLUSÃO |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ALVARÁ SANITÁRIO |
|  | REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO |
|  | LICENÇA DE TRANSPORTE |
|  | 2º VIA DE ALVARÁ SANITÁRIO |
|  | RESPONSABILIDADE TÉCNICA |
|  | PRORROGAÇÃO DE PRAZO |
|  | CERTIDÃO |
|  | OUTROS |

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | |
| NOME DE FANTASIA: | | | | |
| CNPJ: | | | CPF: | |
| ENDEREÇO: | | | | |
| N.º : | COMPLEMENTO: | | | |
| BAIRRO: | MUNICÍPIO: | | | CEP: |
| UF: | TELEFONE: |  | | CELULAR: |
| E-MAIL DA EMPRESA: | | | | |
| HORARIO DE ATENDIMENTO: DE ATÈ | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**NÚMERO DE CNAE**

|  |  |
| --- | --- |
| ATIVIDADE PRINCIPAL: | ATIVIDADE SECUNDÁRIA: |

**ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS**

|  |  |
| --- | --- |
| CÓDIGO: | (CONFORME TABELA II ATOS DA SAÚDE PÚBLICA: |

**REGISTRO/ESCRITURAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| QUANTIDADE DE LIVROS: | QUANTIDADE DE FOLHAS: |
| **FINALIDADE:**  LISTA A1,A2,A3  LISTAS B1, B2  LISTAS C1,C2,C4,C5 ADENDOS A e B  REGISTRO APLICAÇÃO INJETAVEL  RECEITUARIO GERAL,FARM. MAG.  REGISTRO DE ÓTICA  REGISTRO DE DOADOR SANGUE | REGISTRO RECEPTOR DE SANGUE  REGISTRO DE EXAMES  REGISTRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  REGISTRO DOADORES DE ÓRGÃOS  REGISTRO DE CLORO E PH  OUTROS        (Especificar) |

**REPRESENTAÇÃO LEGAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO: | | | CPF: |
| RG: | DATA DA EMISSÃO: | ORGÃO EXPEDIDOR: | |
| ASSINATURA |  |  | |

**RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: ASSINATURA: | | | | |
| RG | DATA DA EMISSÃO: | | ORGÃO EXPEDIDOR: | |
| CPF: | | PROFISSÃO: | | |
| CONSELHO | |  | | UF: |
| N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: | | | | |

**CONTABILIADE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | TELEFONE: |
| EMAIL: |  |

**Luiz Alves, de de**