|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: |

**DADOS DO VEICULO**

|  |  |
| --- | --- |
| CHASSI: | RENAVAM: |
| PLACA:   | MARCA: |
| MODELO: |  |

 **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**