|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Vigilancia-Sanitaria\Desktop\logo luzerna.png | **SECRETARIA DE SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL**  **SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA** |
| **FORMULÁRIO DE PETIÇÃO** | |

**REQUER A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE PETIÇÃO**  CONCESSÃO  CANCELAMENTO  ALTERAÇÃO  AUTENTICAÇÃO  TRANSFERÊNCIA | **ASSUNTO**  ALVARÁ SANITÁRIO  REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO  RESPONSABILIDADE TÉCNICA  PARECER TÉCNICO  LIVROS  CERTIDÃO  OUTROS        (DISCRIMINAR) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA** | | | | |
| 01 - RAZÃO SOCIAL: | | | | |
| 02- NOME DE FANTASIA: | | | | |
| 03 - ALVARÁ SANITÁRIO: N.º : | | | SÉRIE: | |
| 04- CNPJ: | | | CPF: | |
| 05 – ENDEREÇO: | | | | |
| N.º : | Complemento: | | | (Edifício) |
| BAIRRO: | MUNICÍPIO: | | | CEP : |
| UF: | DDD: | FAX: | | FONE: |
| E-MAIL: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 06 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:    :    ÀS    : | **CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA**  07 - PAÍS DE ORIGEM E/OU ESTADO: |

|  |  |
| --- | --- |
| 08 - ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS: | |
| CÓDIGOS CNAE |  |

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO NA ÍNTEGRA

**REPRESENTAÇÃO LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| 09 -        (Representante Legal) | (CPF) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL) | |

**RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10 - NOME: | | |
| CPF: | PROFISSÃO: | |
| SIGLA DO CONSELHO: |  | UF: |
| N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ASSINATURA DO RESP. TÉCNICO COM CARIMBO)  **Luzerna sc**, de       de **2019.**  **OBS:** PETIÇÕES DE CONCESSÃO, PREENCHER COM " X " , PETIÇÕES DE ALTERAÇÃO, PREENCHER COM  " I " PARA INCLUSÃO E/OU " E " PARA EXCLUSÃO. | | |