|  |  |
| --- | --- |
| REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO | Protocolo nºData: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| Razão Social: |
| Nome Fantasia: |
| Nome do Responsável Legal: |
| CNPJ/CPF: |
| Endereço: |
| Telefone: |
| Tipo de atividade/ Ramo: |
| Nome do Responsável Técnico:  |
| A empresa a cima qualificada, de propriedade do Sr (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , vem requerer : ( ) Licença Sanitária ( ) Renovação de Licença SanitáriaHorário de funcionamento do estabelecimento: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_Horário de funcionamento do Responsável Técnico: das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_Colinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Responsável Legal ou Responsável Técnico |

**PREFETURA MUNICIPAL DE COLINAS**

**SECRETARIA DA SAÚDE**

**SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**