|  |  |
| --- | --- |
| REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO | Protocolo nº  Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| 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 Sanitária  Horário 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**