**REQUERIMENTO**

**Requiro ao Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal o Alvará de Licença Sanitária para Transporte de Alimentos, Medicamentos ou Produtos de Interesse da Saúde:**

**IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CPF |

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RAZAO SOCIAL / NOME | | | |
| CNPJ / CPF | NOME FANTASIA | | |
| LOGRADOURO | | | Nº |
| BAIRRO / COMPLEMENTO | | TELEFONE | |

**QUANTIDADE DE VEÍCULOS**

**DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES PARA PROTOCOLO JUNTO À VISA:**

* Cópia da Carteira Nacional de Habilitação do(s) condutor(res);
* Cópia do Certificado de Registro e Licenciamento Veicular do(s) veículo(s); e
* Boleto Bancário da Taxa Sanitária com a discriminação da placa do(s) veículo(s).

**Observação:** Os documentos devem estar válidos, caso estejam vencidos, não será fornecido o alvará até que seja regularizada a situação.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Requerente**