**REQUERIMENTO**

**Requiro ao Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal:**

( ) Concessão de Alvará Sanitário ( ) Renovação de Alvará Sanitário ( ) Atualização Cadastral

**IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

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

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

* Cópia do Cartão do CNPJ atualizado; e
* Boleto Bancário da Taxa de Atividade Sanitária com o comprovante de pagamento.

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

**Requerente**

**AUTODECLARAÇÃO SANITÁRIA**

|  |
| --- |
| DECLARO ESTAR CIENTE DAS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES PARA A ATIVIDADE PRETENDIDA, EM ESPECIAL A LEI COMPLEMENTAR MUNICIPAL 187/2008 E DEMAIS LEGISLAÇÕES PERTINENTES E ME COMPROMETO AO CUMPRIMENTO DAS MESMAS, ASSEGURANDO A QUALIDADE DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS OFERECIDOS, MOTIVO PELO QUAL **SOLICITO ALVARÁ SANITÁRIO ANTECIPADAMENTE**, NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº004/DIVS/SES DE 09/10/2019. |

**REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | **CPF:** |
| **Assinatura:** | |