**REQUERIMENTO**

**Requiro ao Coordenador Especial de Vigilância Sanitária Municipal:**

( ) Concessão de Alvará Sanitário

( ) Renovação de Alvará Sanitário

EXERCÍCIO FISCAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE CONTÁBIL**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | TELEFONE |

**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;
* Boleto Bancário da Taxa de Fiscalização Sanitária;
* Comprovante de Recolhimento da Taxa de Fiscalização Sanitária;
* Certificado de Micro Empreendedor Individual (no caso de MEI).

**Declaro estar ciente das normas sanitárias vigentes para o exercício da atividade pretendida, em especial a Lei Complementar Municipal 187/2008, ou a que vier a substituí-la e demais legislações pertinentes, comprometendo-me ao cumprimento das mesmas, assegurando a qualidade e segurança sanitária dos produtos e/ou serviços oferecidos, motivo pelo qual, solicito o ALVARÁ SANITÁRIO de forma antecipada, caso seja configurada atividade de médio risco sanitário, nos termos da Resolução Normativa nº 003/DIVS/SUV/SES de 01 de dezembro de 2021.**

**REPRESENTANTE LEGAL**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura