**REQUERIMENTO**

**Requiro ao Coordenador da Vigilância Sanitária Municipal Alvará Sanitário para Realizar Evento**

**IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA RESPONSÁVEL PELO EVENTO**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO**

|  |
| --- |
| NOME DO EVENTO |
| LOCAL DO EVENTO |
| DATA DE REALIZAÇÃO DO EVENTO |
| HORÁRIO DE REALIZAÇÃO |

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

* Cópia do Cartão do CNPJ atualizado; e
* Boleto Bancário da Taxa de Fiscalização Sanitária;
* Comprovante de pagamento da taxa de Fiscalização Sanitária.

**REPRESENTANTE LEGAL**

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

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

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

**Assinatura**

**Observações:**

* Protocolar o processo com no mínimo 7 dias antes do evento; e
* A validade do alvará é somente para o(s) dia(s) solicitado(s).