VIGILÂNCIA SANITÁRIA
CADASTRO DE EMPRESA SUJEITA FISCALIZAÇÃO EM SAÚDE

REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO

( ) Abertura
( ) Renovação
( ) Alteração

CNPJ(*)		
Razão Social:		
Fantasia		
Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	CNES (Estabelecimento de Saúde)
Endereço(*):		Nº
Complemento de Endereço:		CEP:
Município(*)		Bairro:
DDD	Fone	Fax
E-mail		
Data de funcionamento(*)		Natureza Jurídica
Objetivo Contrato Social		
Observações:		

RESPONSÁVEL LEGAL

Nome:		CPF:
RG:	Órgão Expedidor:	Data Expedição:

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:		CPF:
RG:	Órgão Expedidor:	Data Expedição:
Formação Profissional	Escolaridade	
Especialização	Registro no Conselho	Conselho

Local: _____ _____

Data:_____/_____/_____ Assinatura

PARA USO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

AUTORIZAÇÃO AOS _____ DIAS DO MÊS DE_____ DE _____

OBS: