



Prefeitura Municipal de Taiobeiras-MG
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância Sanitária

REQUERIMENTO

Ilustríssimo (a) Senhor (a),
Coordenador (a) de Vigilância Sanitária,

Eu _____, portador dos documentos e
dados cadastrais abaixo:

F R C F I S S I C N A I	RG:	CPF:	CTPS: Nº:	SÉRIE:
	CONSELHO REGIONAL DE			Nº INSCRIÇÃO:
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):			
	MUNICÍPIO:	CEP:	TELEFONE:	
	E-MAIL:			FAX:

Responsável Técnico pelo estabelecimento abaixo qualificado:

E S T A B E L E C I M E N T O	NOME DO ESTABELECIMENTO:		CNPJ:
	RAZÃO SOCIAL:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro)		CEP ____.____.____
	MUNICÍPIO:	ATIVIDADE:	
	E-MAIL:		TELEFONE:

Venho requerer ☐ Renovação
☐ Emissão
do alvará sanitário para o corrente exercício.

Taiobeiras, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Responsável Técnico/Carimbo



Prefeitura Municipal de Taiobeiras-MG
Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância Sanitária

Assinatura do Proprietário/Representante Legal/Carimbo