

FORMULÁRIO DE PETIÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA



Requer junto à Vigilância Sanitária na data de: ____/____/____.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alvará Sanitário Inicial | <input type="checkbox"/> Licença de transp. de prod. de interesse da Saúde |
| <input type="checkbox"/> Revalidação de Alvará Sanitário | <input type="checkbox"/> Encerramento de Atividade |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade Técnica- Mudança | <input type="checkbox"/> Alteração Contratual |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade Técnica- Baixa | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

01- RAZÃO SOCIAL _____

02- NOME FANTASIA _____

03- CNPJ/CPF _____

04- ENDEREÇO: _____ nº _____

sala _____ complemento _____ bairro _____

cep _____ fone _____ e-mail _____

05- HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: das _____ às _____ e das _____ às _____ horas

CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA

01- RAMO DE ATIVIDADE _____

02- CLASSIFICAÇÃO NO CNAE: _____

02- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS _____

03- TRATANDO-SE DE CONSULTÓRIOS E CLÍNICAS MÉDICAS :

3.1: QUAL A ESPECIALIDADE: _____

3.2 REALIZA PROCEDIMENTOS INVASIVOS:

SIM () NÃO. () SIM. ESPECIFICAR: _____

3.3 TRATANDO-SE DE CONSULTÓRIOS E CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS RELACIONAR O NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE RAIOS-X _____

() NÃO. () SIM. RELACIONAR O NÚMERO DE CÂMARAS DE BRONZEAMENTO: _____

4.0 TRATANDO-SE DE SALÕES DE BELEZA E CLÍNICAS DE ESTÉTICA:

4.1 REALIZAM BRONZEAMENTO ARTIFICIAL:

RESPONSABILIDADE TÉCNICA

_____ NOME	_____ CPF
_____ PROFISSÃO	_____ Nº DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO
_____ ASSINATURA LAURO MULLER, ____ DE ____ DE ____	
HORÁRIO DE TRABALHO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO: ____:____ ÀS ____:____ hs	

REPRESENTAÇÃO LEGAL

_____ REPRESENTANTE LEGAL	_____ CPF
_____ ASSINATURA LAURO MULLER, ____ DE ____ DE ____	

REGISTRO DE CONTABILIDADE

_____ NOME DO CONTADOR	_____ NOME DA CONTABILIDADE
_____ ASSINATURA LAURO MÜLLER, ____ DE ____ DE ____	_____ TELEFONE
_____ E-MAIL	_____ ASSINATURA

Anexar do responsável técnico

COPIA: CPF, RG e certificado (diploma) identidade profissional (conselho)
caso a atividade do estabelecimento necessitar de R T.

Anexar do representante legal

CÓPIA: CPF, RG

Anexar

CÓPIA: taxa do alvará sanitário pago e cópia do alvará de funcionamento.

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

CÓPIA: documento (s) do (s) veículo (s) e taxa paga da licença de transportes

EMAIL PARA ENVIAR DOCUMENTOS: vigilanciasanitaria23@gmail.com

Se for associações e ou agremiações, anexar cópias da ATA de posse da diretoria e CPF, RG do presidente eleito ou nomeado, que vai assinar a petição como representante legal.