

SOLICITAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO

VISA Municipal

Processo: _____/_____/_____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____

Atendente: _____

Senhor (a) Coordenador (a),

Eu, _____,

proprietário/representante legal do estabelecimento abaixo qualificado, portador dos documentos:

RG.: _____ Órgão Expedidor: _____, CPF.: _____,

Residente à _____

Bairro: _____ Município/UF: _____

Telefones: Fixo (____) _____ Celular (____) _____

E-mail: _____

Razão social: _____

Nome fantasia: _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Município/UF: _____

Telefones: FIXO (____) _____ FAX (____) _____

E-mail: _____

Data de início de funcionamento: ____/____/____ CNPJ.: _____

Inscrição Estadual: _____ Inscrição Municipal: _____

OBJETIVO DO CONTRATO SOCIAL:

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

CONSELHO REGIONAL DE _____ Nº INSCRIÇÃO: _____

RG.: _____ Órgão Expedidor: _____ CPF.: _____

Venho solicitar de Vossa Senhoria a:

() EMISSÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO

() RENOVAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO

() OUTROS: _____

Bom Jesus da Penha, ____ de _____ de 2.0____.

Proprietário/Representante Legal

Responsável Técnico

Adaptado a partir da Resolução SRS/MG nº 4300 de 05/05/2014