



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VARGINHA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

REV 01

REQUERIMENTO

Senhor (a) coordenador (a), eu, _____,
portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL

RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA DA EXPEDIÇÃO:	CPF:
CTPS Nº:		SÉRIE:	
CONSELHO FEDERAL/REGIONAL DE:		Nº INSCRIÇÃO:	
ESCOLARIDADE: _____ () GRADUAÇÃO () MESTRADO () DOUTORADO () ESPECIALIZAÇÃO _____			
ENDEREÇO (AV./RUA, PRAÇA):		Nº	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	
E-MAIL:		TEL:	FAX:

E responsável técnico pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO

RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:
NOME FANTASIA:	DATA DO INÍCIO DE FUNCIONAMENTO:	
INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:	
ENDEREÇO: (AV./RUA, PRAÇA):	Nº:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:	UF:	
E-MAIL:	TEL:	FAX:
OBJETIVO DO CONTRATO SOCIAL: _____ NATUREZA JURÍDICA: () ASSOCIAÇÃO () COOPERATIVA () ESTADUAL () FEDERAL FILANTRÓPICO: () FUNDAÇÃO () MUNICIPAL () PRIVADO () SINDICATO		
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____		
CPF:	RG/UF:	DATA DE EXPEDIÇÃO:

Venho, por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria a:

() EMISSÃO () RENOVAÇÃO () 2ª VIA () OUTROS _____

do Alvará Sanitário para o corrente exercício.

Varginha, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Proprietário / Representante Legal