



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

REQUERIMENTO

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

Eu _____,
portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL

RG:	CPF:	CTPS N°:	SÉRIE:
CONSELHO REGIONAL DE:			Nº DE INSCRIÇÃO:
ENDEREÇO (Rua, N°, Bairro):			
MUNICÍPIO:	CEP:	TELEFONE:	
E-MAIL:			FAX:

Responsável Técnico pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO:	
RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ:	ATIVIDADE:
ENDEREÇO (Rua, N°, Bairro):	
MUNICÍPIO:	CEP:
E-MAIL:	TELEFONE:

Venho requerer: **renovação** do Alvará Sanitário para o corrente exercício.
 emissão
 2º via
 Outros _____.

Varginha, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Proprietário / Representante Legal