



PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

REQUERIMENTO

O abaixo assinado, vem por meio deste requerer que seja concedido:

- ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL
- RENOVAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO
- TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO
- BAIXA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO
- APROVAÇÃO DE PROJETO ARQUITETÔNICO
- INCLUSÃO DE ATIVIDADE
- DEFESA DE AUTO DE INFRAÇÃO
- PRORROGAÇÃO DE PRAZO
- AUTORIZAÇÃO PARA VENDA DE RETINÓICOS

LICENÇA VEÍCULO INICIAL RENOVAÇÃO
Produtos transportados: PERECÍVEIS NÃO PERECÍVEIS
Placas: _____

LICENÇA AMBULANTE INICIAL RENOVAÇÃO

Produtos comercializados: _____

LICENÇA EVENTUAL Data do evento: ____/____/____ Local do evento: _____

Produtos comercializados: _____

JUSTIFICATIVAS:

NOME/RAZÃO SOCIAL _____

RAMO DE ATIVIDADE: _____

CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: *(preencher por completo obrigatoriamente)*

RUA/AV _____ Nº _____

SALA _____ BAIRRO: _____ CEP _____

FONE: _____ EMAIL _____

(Preencher caso: cozinha industrial e estabelecimentos de saúde)

RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____

Nº/TIPO DE REGISTRO: _____

Canoas, ____ de ____ de ____

Assinatura do responsável técnico

Assinatura do representante legal