

	MUNICÍPIO DE BOQUEIRÃO DO LEÃO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E SANEAMENTO BÁSICO VIGILÂNCIA SANITÁRIA		PROTOCOLO N.º
	REQUERIMENTO		
IDENTIFICAÇÃO DO AUTUADO			
NOME/RAZÃO SOCIAL:			
NOME FANTASIA:			
CNPJ/CPF:		NOME RESPONSÁVEL LEGAL:	
ENDEREÇO:			CEP:
CIDADE:		FONE:	
RAMO DE ATIVIDADE:		N.º ALVARÁ SANITÁRIO:	
VEM REQUERER AO SR. CHEFE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA:			
<input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO – INICIAL <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO – RENOVAÇÃO <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO – 2º VIA <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO – BAIXA <input type="checkbox"/> BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE VISTORIA DE VEÍCULOS <input type="checkbox"/> LAUDO DE VISTORIA SANITÁRIA PARA CRECHES E ESCOLAS <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA CUMPRIMENTO DE EXIGÊNCIAS TÉCNICAS/ LEGAIS <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR O PRAZO: _____ <input type="checkbox"/> ANÁLISE DE PROJETO ARQUITETÔNICO – SANITÁRIO <input type="checkbox"/> REANÁLISE DE PROJETO ARQUITETÔNICO – SANITÁRIO <input type="checkbox"/> ENTREGA DE DOCUMENTOS <input type="checkbox"/> DEFESA <input type="checkbox"/> CERTIDÕES E DECLARAÇÕES <input type="checkbox"/> INSPEÇÃO SANITÁRIA/VISTORIA A PEDIDO <input type="checkbox"/> TRANSLADO DE CADÁVERES – Registro de Óbito n.º: _____ <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR) _____ _____ _____			
O REQUERENTE DECLARA-SE CIENTE QUE A FALTA DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PODERÁ IMPLICAR NA SUSPENSÃO OU INDEFERIMENTO DO PROCESSO PROTOCOLADO.			
Boqueirão do Leão, ____ de _____ de _____ _____ Assinatura do Requerente			
Nome legível do requerente:			