



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO PARA ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Eu, _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG N°:	CPF:	CTPS: N°:	SÉRIE:
	CONSELHO REGIONAL DE _____			N° DA INSCRIÇÃO:
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):			
	MUNICIPIO:	CEP:	TELEFONE:	
	E-MAIL:		FAX:	

ESTABELECIMENTO	NOME DO ESTABELECIMENTO:			
	RAZÃO SOCIAL:			
	ENDEREÇO (Rua, número, Bairro)			CEP:
	MUNICIPIO:	ATIVIDADE:		
	E-MAIL:	TELEFONE:		

Venho requerer () Renovação do alvará sanitário para o corrente exercício.
() Emissão

_____, de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Proprietário/Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ERA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____ portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG N°:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA EXPEDIÇÃO: ____/____/____
	CPF:	CTPS: N°: SÉRIE:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> MESTRADO <input type="checkbox"/> DOUTORADO
	CONSELHO DE _____	N° INSCRIÇÃO: _____	
	ESPECIALIZAÇÃO:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		
	MUNICÍPIO:	CEP:	TELEFONE:
	E-MAIL:		FAX:

declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
	ENDEREÇO (Rua, número, Bairro)		CEP:
	MUNICÍPIO:	COMPLEXIDADE: <input type="checkbox"/> BAIXA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ALTA	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> FILANDRÓPICO <input type="checkbox"/> FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> SINDICATO
	TELEFONE:	FAX:	
	E-mail:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		
	CPF:	RG N°	ÓRG. EXPEDIDOR: DATA EXPEDIÇÃO:

ao qual me comprometo a prestar assistência efetiva, de acordo com a legislação vigente.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Técnico