REQUERIMENTO

ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇAO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Vigilância Sanitária

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA				
Razão Social		Nº Protocolo	Data	Nº da Pasta
Nome Fantasia		E-mail		
Endereço		Fone Fixo Celular		Fax
Bairro	CEP	CNPJ/CPF		
Atividades da Empresa		Inscrição Municipal nº		

REQUERIMENTO:

( ) Licença Sanitária Inicial

( ) Licença Sanitária – Renovação

( ) 2ª Via da Licença Sanitária

( ) Autenticação de Livros

( ) Outros Especificar _____

_____

_____

_____

_____

Responsável Legal		
Nome		
CPF	**RG**	**Órgão Expedidor**

Responsável Técnico		
Nome	**Nome do Conselho de Classe**	**Número**
CPF	**RG**	**Órgão Expedidor**

CAMPO DE USO EXCLUSIVO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Apresentados e Conferidos junto com os documentos entregues:

( ) Certificado de controle de vetores e pragas urbanas
( ) Certificado de Limpeza de Caixa D`água

( ) Outros: _____

Responsável pelo recebimento: _____

Assinatura e Carimbo

Aracaju, _____ de _____ de 20____

_____

Responsável Legal ou Responsável Técnico