

REQUERIMENTO PARA CADASTRO / LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DE ESTABELECIMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

O Responsável Técnico/Legal pelo () Estabelecimento () Equipamento, abaixo identificado, vem requerer () Emissão () Renovação ou () especificar :

da Licença de Funcionamento , conforme especificações a seguir :

Razão Social _____

Endereço _____

CNPJ _____ CNAE _____ Fone _____

Ramo de atividade _____

(Preencher abaixo somente nos casos de equipamentos médico/odontológicos)

Equipamento _____ Modelo _____

Marca _____ Número _____ Potência _____

Resp. Téc. _____ CPF/ CR _____ nº _____

Mairinque ____/____/____

Assinatura

PREÇOS PÚBLICOS VIGILÂNCIA SANITÁRIA	PREÇOS EM R\$
Requerimento cód. _____	R\$ _____
Alvará cód. _____	R\$ _____
Canc. Alvará cód. _____	R\$ _____
Vistoria cód. _____	R\$ _____
Resp.Téc. cód. _____	R\$ _____
Outros cód. _____	R\$ _____
Data ____/____/____	
_____ Visto VISA	