| ‘ **PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA**  Secretaria Municipal de Saúde  Superintendência de Vigilância em Saúde Gerência de Vigilância Sanitária | | | | | | | **FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PADRÃO** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 - REQUERIMENTO** | | | | | | | | | | | |
|  | Licença Sanitária - Inicial | | | | | | | |  | Assentimento Sanitário | |
|  | Licença Sanitária - Renovação | | | | | | | |  | Aprovação de Projeto Físico ou Hidrossanitário | |
|  | Licença Sanitária – Alteração (*Especificar no campo outros*) | | | | | | | |  | Habite-se Sanitário ou Certificação Sanitária | |
|  | Outros (Especificar): | | | |  | | | | | | |
| **2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** | | | | | | | | | | | |
| Razão social (*pessoa jurídica*) ou nome (*pessoa física*): | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Rua, Avenida, etc: | | | | | | | | Nº: | Bairro: | | |
|  | | | | | | | |  |  | | |
| CEP: | | | | Telefone: (*Contato com a empresa*) | | | | E-mail (*Contato com a empresa*): | | | |
|  | | | |  | | | |  | | | |
| Ponto de Referência: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Responsável Legal: | | | | | | | | | | | CPF: |
|  | | | | | | | | | | |  |
| Responsável Técnico: | | | | | | | | | | | Reg. Conselho de Classe: |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |  |
| **2 - OBJETO DA SOLICITAÇÃO** | | | | | | | | | | | |
| CNPJ ou CPF: | | | | | | | | | Insc. Municipal: | | |
|  | | | | | | | | |  | | |
| CNAE | | | Atividade Econômica  *(Preencher apenas as atividades de interesse a saúde que são exercidas e/ou que pretende exercer)* | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| Características da (s) Atividade (s)  *(Descrever as principais informações que possam caracterizar a (s) atividade (s) a ser licenciada (s) e/ou alterada (s), por exemplo: mudança de razão social, inclusão e/ou exclusão de atividade, mudança de responsável técnico* | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Informações Básicas para Enquadramento  *(Preencher apenas os campos pertinentes ao empreendimento a ser licenciado)* | | | | | | | | | | | |
| Área do Estabelecimento (m²): | | | | | | | | | | | |
| Horário de Funcionamento: | | | | | | Dias de Funcionamento: | | | | | |
| Local e Data | | Serra , / / | | | | Assinatura do requerente/Procurador (Anexar procuração) | | | | CPF: | |



Gerência de Vigilância Sanitária- Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal da Serra Av. Talma Rodrigues Ribeiro, nº5416 Portal de Jacaraípe– Serra – ES - CEP 29173-795