



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA
SECRETARIA DA SAÚDE
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

REQUERIMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
1. ENQUADRAMENTO JURÍDICO (Assinale uma das opções) <input type="radio"/> ME <input type="radio"/> EPP <input type="radio"/> OUTRA <input type="radio"/> Pessoa Física	
2. CNPJ / CPF: <input type="text"/>	
3. RAZÃO SOCIAL / NOME: <input type="text"/>	
4. NOME FANTASIA: <input type="text"/>	
LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
5. ENDEREÇO: <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>
6. COMPLEMENTO: <input type="text"/>	7. BAIRRO: <input type="text"/>
8. TELEFONE: <input type="text"/>	9. E-MAIL: <input type="text"/>
10. DIAS DE FUNCIONAMENTO: <input type="text"/>	
11. HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO: <input type="text"/>	
12. CÓDIGO CNAE: <input type="text"/> - <input type="text"/> / <input type="text"/>	
13. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: <input type="text"/>	
14. COMPREENSÃO (Informar atividades compreendidas conforme coluna "Compreende" da Portaria CVS nº 01/2024 Anexo I - Tabelas)	
<input type="text"/>	
15. Isento de taxas conforme art. 85 da Lei Municipal nº 1890/83 <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE ACESSORIA CONTÁBIL OU JURÍDICA	
Para fins de proteção e privacidade dos dados do Titular conforme <u>LGPD</u> – Lei Federal nº 13.709/18	
16. CNPJ: <input type="text"/>	17. NOME: <input type="text"/>
18. ENDEREÇO: <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>
19. COMPLEMENTO: <input type="text"/>	20. BAIRRO: <input type="text"/>
21. TELEFONE: <input type="text"/>	22. E-MAIL: <input type="text"/>
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL	
23. NOME: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>
24. ENDEREÇO: <input type="text"/>	Nº <input type="text"/>
25. COMPLEMENTO: <input type="text"/>	26. BAIRRO: <input type="text"/>
27. TELEFONE: <input type="text"/>	28. E-MAIL: <input type="text"/>
ASSINATURA DO REQUERENTE: _____	