



PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMEIRA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

REQUERIMENTO

SOLICITAÇÃO:

Licença de Funcionamento: Estabelecimento. Equipamento.

PREENCHIMENTO DO REQUERENTE

IDENTIFICAÇÃO EMPRESA: MEI ME EPP Outra Pessoa Física

CNPJ / CPF: _____

RAZÃO SOCIAL / NOME : _____

NOME FANTASIA: _____

ENDEREÇO: _____ N° _____

Endereço da atividade e referências (Ambulantes e não estabelecidos): _____

BAIRRO: _____

TELEFONE: _____

Informar telefones de contato da empresa / pessoa física

ENDEREÇO ELETRÔNICO (e-mail): _____

DIAS DE FUNCIONAMENTO: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____

CÓDIGO CNAE:

--	--	--	--	--	--

 -

--

 /

--	--

Descrição da atividade: _____

Compreensão (Informar atividades compreendidas conforme coluna "Compreende" da Portaria CVS nº 01/2017 - Anexo I - Tabelas):

Assinatura do Requerente: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De: Divisão de Vigilância Sanitária

Para: Setor de Protocolo

Protocole-se as folhas : _____ à _____

Nome: _____

RG: _____

Data: _____