



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU/SC  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS  
VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA



| REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO E TERMO DE AUTODECLARAÇÃO |                     |                                  |                                    |                          |
|------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nº Protocolo:                                              | Ano:<br><b>2021</b> | Tipo de petição:                 |                                    |                          |
|                                                            |                     | <input type="checkbox"/> INICIAL | <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO | <input type="checkbox"/> |
| Nome Pessoa Física ou Jurídica                             |                     |                                  | CNPJ nº                            |                          |
| Nome Fantasia                                              |                     |                                  | E-mail                             |                          |
| Endereço                                                   |                     | Nº                               | Bairro                             |                          |
| Município                                                  | UF                  | CEP nº                           |                                    | Fone                     |

VEM REQUERER AO SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 001/DIVS/SUV/SES/2020, ALVARÁ SANITÁRIO ATRAVÉS DE AUTODECLARAÇÃO, DAS ATIVIDADES CONSTITUÍDAS LISTADAS ABAIXO:

| Código CNAE                                        | Descrição da Atividade (Obs.: liste somente as atividades realmente em funcionamento no local) |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    |                                                                                                |
|                                                    |                                                                                                |
|                                                    |                                                                                                |
|                                                    |                                                                                                |
| (* caso necessite mais espaço, utilize o anexo 01) |                                                                                                |
| Horário de funcionamento:                          |                                                                                                |

|                                   |       |         |
|-----------------------------------|-------|---------|
| Nome responsável e/ou rep. Legal: |       | CPF Nº  |
| Cargo/função:                     | Fone: | E-mail: |

| Preencher os espaços abaixo quando exigidos por legislação vigente |                           |                          |     |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----|
| Responsável Técnico:                                               |                           | Profissão:               |     |
| CPF:                                                               | Nº do Conselho de classe: | Nome Conselho de classe: | UF: |
| Assinatura:                                                        |                           | Local/data:              |     |

**DECLARO ESTAR CIENTE DESTA NORMA E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES PARA A ATIVIDADE PRETENDIDA E ME COMPROMETO AO CUMPRIMENTO DAS MESMAS, ASSEGUANDO A QUALIDADE DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS OFERECIDOS.**

|             |             |
|-------------|-------------|
| Assinatura: | Local/data: |
|-------------|-------------|