



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS
VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA



REQUERIMENTO

VEM REQUERER AO SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES/2021, ALVARÁ SANITÁRIO ATRAVÉS DE AUTODECLARAÇÃO, COMO SEGUE:

ALVARÁ SANITÁRIO POR AUTO DECLARAÇÃO				
Nº Protocolo:	Ano:	Tipo de petição:		
		<input type="checkbox"/> INICIAL	<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO	<input type="checkbox"/> INCLUSÃO ATIVIDADE
Nome da Razão Social da empresa			CNPJ nº	
Nome Fantasia da empresa			E-mail	
Endereço			Nº	Bairro
Município	UF	CEP nº		Fone
ATIVIDADES REQUERIDAS:				
Código CNAE Atividade principal	Descrição (s) da Atividade (s)			
Horário de funcionamento:				

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL E/OU REPRESENTANTE LEGAL:

Resp. e/ou Representante Legal		RG/CPF nº
Cargo/Função	Assinatura	
Local/data		

Obs: Deverão ser preenchidos todos os campos, de forma legível e sem rasuras, evitando assim a devolução e/ou arquivamento do processo.

DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS:

1) Requerimento devidamente preenchido;	2) Declaração preenchida e assinada;
3) Cópia do Alvará Sanitário (anterior)	4) CPF e RG resp. e /ou representante legal
5) Cópia do CNPJ;	6) Cópia do contrato social;
7) Cópia da procuração se for o caso;	8) Alvará de funcionamento do corpo de bombeiros
9) Cópia da taxa de pagamento (quitado)	10) Consulta de viabilidade (para alvará inicial)



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS
VIGILÂNCIA SANITÁRIA – VISA



AUTO DECLARAÇÃO SANITÁRIA

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES/2021 - ANEXO II

AUTO-DECLARAÇÃO

Nº Protocolo:	Ano:	Referência:	
		() INICIAL	() RENOVAÇÃO
Nome Pessoa Física ou Jurídica		CNPJ nº	
Nome Fantasia		E-mail	
Endereço	Nº	Bairro	
		CENTRO	
Município	UF	CEP nº	Fone

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

Representante Legal:	RG/CPF:
Cargo/Função:	Assinatura:

PREENCHER OS ESPAÇOS ABAIXO QUANDO EXIGIDOS POR LEGISLAÇÕES VIGENTES

Responsável Técnico:	Profissão:		
CPF:	Nº do Conselho de classe:	Nome Conselho de classe:	UF:
Assinatura:	Local/data:		

Obs: Deverão ser preenchidos todos os campos, de forma legível e sem rasuras, evitando assim a devolução e/ou arquivamento do processo.