



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



REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

() ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO; () ALTERAÇÃO DE RAZÃO SOCIAL; () ALTERAÇÃO DE NOME FANTASIA;
() INCLUSÃO DE ATIVIDADE; () LIVRO DE RECEITAS; () OUTROS: _____

Nome Pessoa Física ou Jurídica		CNPJ nº	
Nome Fantasia			E-mail
Endereço	Nº	Bairro	
Município	UF	CEP nº	

No caso de inclusão de atividade preencher:

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

VEM REQUERER AO SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA A ALTERAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS, CONFORME ACIMA PREENCHIDO, E CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO, PARA A CONCESSÃO DO **ALVARÁ SANITÁRIO** COM AS ALTERAÇÕES.

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

ATENÇÃO: PODERÃO SER SOLICITADOS OUTROS DOCUMENTOS E COMPROVANTES NA ANÁLISE DOCUMENTAL CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE

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