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

REQUERIMENTO - ALVARÁ SANITÁRIO OU TERMO DE DISPENSA

VEM REQUERER AO SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, EM CONFORMIDADE COM A RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES/2021 E DEMAIS LEGISLAÇÕES VIGENTES, A CONCESSÃO DO **ALVARÁ SANITÁRIO OU TERMO DE DISPENSA**, COMO SEGUE:

GRAU DE RISCO:	**TIPO DE PETIÇÃO:**
( ) BAIXO RISCO ( ) MÉDIO RISCO ( ) ALTO RISCO	**( ) INICIAL ( ) RENOVAÇÃO ( ) INCLUSÃO DE ATIVIDADE ( ) ALTERAÇÃO DE DADOS**

Nome da Razão Social da empresa:		**CNPJ nº:**	
Nome Fantasia da empresa:		**E-mail:**	
Endereço:		**Nº:**	**Bairro:**
Município:	**UF:**	**CEP nº:**	**Fone:**

ATIVIDADES CONSTITUÍDAS E REQUERIDAS:

Código CNAE	Descrição da Atividade

Horário de funcionamento:

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL E/OU REPRESENTANTE LEGAL:

Resp. e/ou Representante Legal:	RG/CPF nº:
Cargo/Função:	

OBS: DEVERÃO SER PREENCHIDOS TODOS OS CAMPOS, DE FORMA LEGÍVEL E SEM RASURAS, EVITANDO ASSIM A DEVOLUÇÃO E/OU ARQUIVAMENTO DO PROCESSO.

DOCUMENTAÇÕES OBRIGATÓRIAS:

1. **Requerimento devidamente preenchido;**
2. **Autodeclaração (somente para atividades consideradas de médio risco);**
3. **Cópia do cartão CNPJ (emitido nos últimos 30 dias);**
4. **Cópia do último alvará (exceto para inicial);**
5. **Cópia contrato social (última alteração) ou certificado mei atualizado;**
6. **Cópia RG /CPF OU CNH- (representante legal ou responsável);**
7. **Procuração ou autorização para terceiros;**
8. **Cópia da taxa de pagamento (quitada);**

ATENÇÃO: PODERÃO SER SOLICITADOS OUTROS DOCUMENTOS NA ANÁLISE DOCUMENTAL E/OU NO MOMENTO DA VISTORIA CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Local/data:	**Assinatura:**

WhatsApp: (48) 99188-9403
Telefone: (48) 3039-8462
E-mail: visabigua@gmail.com

Morfim