

Exmo. Sr. Dr.

Paulo Alexandre Barbosa

DD. Prefeito Municipal de Santos

A Empresa, _____

CNPJ n° _____, **Inscrição Municipal n°** _____

Estabelecida à : _____, n° _____ Compl. _____,

bairro _____, CEP: _____ telefones: _____,

vem por meio deste **SOLICITAR A RENOVAÇÃO DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.**

Na atividade econômica: _____ - ____/____ descrição: _____
(código CNAE) (descrição da atividade econômica de interesse à saúde do estabelecimento)

Nome do responsável legal: _____ CPF: _____

Nome do responsável Técnico (se houver): _____

CPF: _____ CR _____.

Assinale os documentos anexados no processo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alvará (protocolo recente) | <input type="checkbox"/> Anexo V |
| <input type="checkbox"/> CNPJ | <input type="checkbox"/> Anexo V.1 |
| <input type="checkbox"/> RG e CPF Resp.Legal | <input type="checkbox"/> Anexo V.2 |
| <input type="checkbox"/> RG e CPF Resp. Técnico | <input type="checkbox"/> Anexo V.3 |
| <input type="checkbox"/> Doc.Habilitação profissional | <input type="checkbox"/> Insc.Conselho Validade ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Contrato Carteira de Trabalho | <input type="checkbox"/> Contrato social |
| <input type="checkbox"/> C.Marrom pag.1 a 7 | <input type="checkbox"/> Deferimento RX |
| <input type="checkbox"/> Relação produtos transp. | <input type="checkbox"/> Outros. |

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Santos, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura

E-mail: _____

OBS.: OS DOCUMENTOS EM NEGRITO SÃO OBRIGATÓRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO.



SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE-DEVIG
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA I - SAÚDE
SEÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA

Seção de Vigilância Sanitária
Rua XV de Novembro, 195 – 6º andar
Centro Histórico - Santos/SP
CEP 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramais 5660/5662
sevisa@santos.sp.gov.br