



REQUERIMENTO

REQUER AO SENHOR COORDENADOR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL

TIPO DE PETIÇÃO <input type="checkbox"/> CONCESSÃO <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO - INCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO - EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	ASSUNTO <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO <input type="checkbox"/> REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/> PARECER TÉCNICO <input type="checkbox"/> 2º VIA DO ALVARÁ SANITÁRIO <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO SANITÁRIA <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ENDEREÇO <input type="checkbox"/> OUTROS _____ (ESPECIFICAR) _____	Nº. PROCESSO: _____ DATA: ____/____/20____ SERVIDOR: _____
---	--	--	---

01 – IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL/PROPRIETÁRIO:	
NOME: _____	
CPF.: _____	RG.: _____

02 – IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA/PESSOA FÍSICA:		
RAZÃO SOCIAL / NOME: _____		
NOME DE FANTASIA (OBRIGATÓRIO): _____		
ALVARÁ SANITÁRIO N.º: _____	ÁREA CONSTRUÍDA (M²) (sujeito à avaliação): _____	
CNPJ: _____	INSC. MUNICIPAL: _____	CPF: _____

03 – ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO: (EM CASO DE FOOD TRUCK - ENDEREÇO DA ÁREA FIXA DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS)			
RUA / AVENIDA / PRAÇA: _____			
N.º: _____	COMPLEMENTO (CASA / APTO / BLOCO / SALA): _____	EDIFÍCIO (NOME E NÚMERO): _____	
CEP: _____	BAIRRO: _____		
MUNICÍPIO: MACEIÓ UF: AL	CELULAR: _____	FAX: _____	TELEFONE FIXO DA EMPRESA: _____
E-MAIL: _____			
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: (OBRIGATÓRIO) _____: ____h ÀS ____: ____h		DIAS DA SEMANA EM QUE FUNCIONA (OBRIGATÓRIO): SEGUNDA <input type="checkbox"/> TERÇA <input type="checkbox"/> QUARTA <input type="checkbox"/> QUINTA <input type="checkbox"/> SEXTA <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/>	
PONTO DE REFERÊNCIA (OBRIGATÓRIO): _____			

04 – FOOD TRUCK - ENDEREÇO DO CARRO (Rua / Avenida / Praça):	
RUA / AVENIDA / PRAÇA: _____	
BAIRRO: _____	
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: (OBRIGATÓRIO) _____: ____h ÀS ____: ____h	DIAS DA SEMANA EM QUE FUNCIONA (OBRIGATÓRIO): SEGUNDA <input type="checkbox"/> TERÇA <input type="checkbox"/> QUARTA <input type="checkbox"/> QUINTA <input type="checkbox"/> SEXTA <input type="checkbox"/> SÁBADO <input type="checkbox"/> DOMINGO <input type="checkbox"/>
PONTO DE REFERÊNCIA (OBRIGATÓRIO): _____	

05 – OBJETIVO CONSTANTE NO CONTRATO SOCIAL:	
CÓDIGOS (CNAE)	ATIVIDADES (CONFORME CNAE) (sujeito à avaliação):

06 – RESPONSABILIDADE TÉCNICA:		
NOME: _____		
CPF: _____	PROFISSÃO: _____	N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: _____
ASSINATURA DO RESP. TÉCNICO COM CARIMBO: _____		

Nestes termos, pede deferimento.

Maceió, _____ de _____ de 20____

Ass. do requerente: _____

QUANTO AO PREENCHIMENTO:

A AUSÊNCIA, INCONSISTÊNCIA, INVERACIDADE OU INSUFICIÊNCIA/INEXATIDÃO DE INFORMAÇÕES SERÁ CONSIDERADA OBSTRUÇÃO À FISCALIZAÇÃO. O PROCESSO SERÁ ARQUIVADO E EM CASOS DE LICENÇA AUTOMÁTICA, ESTA SERÁ SUSPENSA, CABENDO AINDA INTERDIÇÃO DO ESTABELECIMENTO.

LEIA COM ATENÇÃO:

COM A ASSINATURA DESTES TERMOS, TOMO CIÊNCIA DE QUE DEVEREI COMPARECER PESSOALMENTE OU REPRESENTADO POR PROCURADOR DEVIDAMENTE HABILITADO À SEDE DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, PARA OBTER QUAISQUER INFORMAÇÕES SOBRE O TRÂMITE DE MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO. AO FINAL DESTES DEVEREI BUSCAR MEU ALVARÁ SANITÁRIO, SOB PENA DE ARQUIVAMENTO DO PROCESSO OU CANCELAMENTO DA LICENÇA SANITÁRIA SEM ÔNUS AO ÓRGÃO EMITENTE E SEM PREJUÍZO ÀS INFRAÇÕES SANITÁRIAS APLICÁVEIS.