VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL DE PALMAS
AV NS 02 AASE 50 (502 SUL)-CEP 77021658-PALMAS/TO
E-MAIL: protocolovisapalmas@g-mail.com

REQUERIMENTO PARA LICENCIAMENTO SANITÁRIO ANUAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME EMPRESARIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ/CPF:	CCP:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:

( ) PESSOA JURÍDICA ( ) PESSOA FISICA ÁREA CONSTRUÍDA DO ESTABELECIMENTO (m²) _____

REGULARIZAÇÃO DO CORPO DE BOMBEIROS: ( ) SIM ( ) NÃO

PRESENÇA DE SOLUÇÃO ALTERNATIVA COLETIVA PARA ABASTECIMENTO DE ÁGUA (SAC/POÇO ARTESIANO): ( ) SIM ( ) NÃO

LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ENDEREÇO (COM PONTO DE REFERÊNCIA):

TELEFONE(S):	CEP:
E-MAIL:	MSN/WHATSAPP:

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:	RG:	FONE:

E-MAIL:

NOME DO RESPONSAVEL TÉCNICO/CLÍNICO: (Campo destinado exclusivamente a indicação do profissional médico, farmacêutico, dentista ...)

CPF:	INSC. NO CONSELHO DE CLASSE:	FONE:

E-MAIL:

POSSUI PROCURADOR? ( ) NÃO ( ) SIM (SE SIM, A PROCURAÇÃO DEVE ESTAR EM ANEXO).

NOME DO PROCURADOR (CONTADOR/ADVOGADO OU OUTRO SE HOUVER):

E-MAIL:	MSN/WHATSAPP:
ESCRITÓRIO:	FONE:

DA CIÊNCIA

Fica o administrado, por seu Representante Legal ou Responsável Técnico, ciente que deverá acompanhar o andamento do processo na página: http://processo.palmas.to.gov.br/, nos termos dos artigos 1º e 4º, I e VII, do Decreto Municipal nº 462, de 16 de maio de 2013 e art. 3º, II e art. 4º, da Lei Municipal nº 1.156, de 16 de setembro de 2002.

_____ ASSINATURA RESP LEGAL

_____ ASSINATURA E CARIMBO DO RESP. TÉCNICO

PALMAS-TO, _____ DE _____ DE _____.