

# VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL DE PALMAS

AV NS 02 AASE 50 (502 SUL)-CEP 77021658-PALMAS/TO visapalmasto@gmail.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA 2º VIA DE ALVARÁ SANITÁRIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME EMPRESARIAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME FANTASIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ/CPF: | | | | | | | CCP: | | | | INSCRIÇÃO MUNICIPAL: | | | | | | | |
| **MOTIVO PARA SOLICITAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Alteração de endereço | |  |  | Alteração de responsabilidade técnica | |  | |  | | Alteração de atividade econômica | | |  |  | Perda da 1º via |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |  |
| **LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO ATUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO (COM PONTO DE REFERÊNCIA): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEFONE(S): | | | | | | | | | | CEP: | | | | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | | | | | | MSN/WHATSAPP: | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ATUAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF: | | | | | | RG: | | | | | FONE: | | | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO/ CLÍNICO (Campo destinado exclusivamente a indicação do profissional de saúde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | |
| **ATIVIDADES ECONÔMICAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código CNAE | | | Atividade | | | | | | | | | | | Alteração | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | ( )inclusão ( )exclusão | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | ( )inclusão ( )exclusão | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | ( )inclusão ( )exclusão | | | | |
| 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 do Resp. Legal** | | | | | | | | | **Assinatura e Carimbo do Resp. Técnico** | | | | | | | | | |
| PALMAS-TO, \_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |