



PREFEITURA MUNICIPAL DE VILA VELHA - PMVV
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA
VIGILÂNCIA SANITÁRIA - VISA

REQUERIMENTO PADRÃO

<input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO INICIAL	<input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO RENOVAÇÃO
<input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar):	

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME:	
TELEFONE FIXO:	TELEFONE CELULAR:
<input type="checkbox"/> PROPRIETÁRIO ou REPR. LEGAL	<input type="checkbox"/> CONTADOR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO A SER VISTORIADO

RAZÃO SOCIAL:
NOME FANTASIA:

CNPJ ou CPF:	INSCRIÇÃO IMOBILIÁRIA:
--------------	------------------------

RAMO PRINCIPAL DE ATIVIDADE (de interesse da vig. sanitária):
CNAE:

ENDEREÇO:	Nº.
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
PONTO DE REFERENCIA:	
MUNICÍPIO: VILA VELHA/ES	CEP:

AREA FÍSICA EM M ² (do estabelecimento):

RESP. LEGAL:	CPF:
--------------	------

RESP. TECNICO:	CPF:
PROFISSÃO:	Nº. REGISTRO CONS. CLASSE:

SE FOR RENOVAÇÃO, POR FAVOR INFORME:

Nº. INSC. MUNICIPAL:	Nº. ALVARÁ SANITÁRIO ANTERIOR:
----------------------	--------------------------------

DATA: / / 2012

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESP. LEGAL, SENDO VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES ACIMA:

QUALQUER RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO