ESTADO DE ALAGOAS PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL DE MACEIÓ

**REQUERIMENTO**

**REQUER AO SENHOR GERENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL DE MACEIÓ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE PETIÇÃO**  CONCESSÃO    CANCELAMENTO  ALTERAÇÃO  MUDANÇA | **ASSUNTO**   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   ALVARÁ SANITÁRIO  REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARECER TÉCNICO  2º VIA DO ALVARÁ SANITÁRIO DECLARAÇÃO SANITÁRIA MUDANÇA DE ENDEREÇO  OUTROS  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (DISCRIMINAR) | | | | **Nº. PROCESSO:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA: / /20\_\_\_\_  NOME:  ASS.: |
| **IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | |
| NOME: | | | | | |
| CPF: | | RG: | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA** | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL/NOME: | | | | | |
| NOME DE FANTASIA: | | | | | |
| ALVARÁ SANITÁRIO N.º: | CNPJ: | | | Nº DE MORADIAS: | |
| INSC. MUNICIPAL: | ENDEREÇO(Rua/Avenida/Praça): | | | | |
| N.º : | Complemento (Casa/Apto/Bloco/Sala): | | (Edifício) | | |
| CEP: | BAIRRO: | | MUNICÍPIO:  **MACEIÓ** | | UF:  **AL** |
| FONE: | | HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: : h AS : h | | | |
| E-MAIL: | | | | | |
| PONTO DE REFERÊNCIA DO ESTABELECIMENTO A SER INSPECIONADO (**OBRIGATÓRIO**): | | | | | |
| OBJETIVO CONSTANTE NO CONTRATO SOCIAL: | | | | | |
| CÓDIGOS (**CNAE**) | | ATIVIDADES (**CONFORME CNAE**) (sujeito à avaliação): | | | |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | |
| DECLARO TER SIDO INFORMADO(A) DA OBRIGATORIEDADE DE APRESENTAR OUTORGA DE USO, EMITIDA POR ÓRGÃO COMPETENTE, ASSIM COMO DE QUE A ANÁLISE DEVE SER DA ÁGUA BRUTA. | | | | | |
| 09 – OBSERVAÇÃO: | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RESPONSABILIDADE TÉCNICA** | | |
| 10 - NOME: | | |
| CPF: | PROFISSÃO: | N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO: |
| (ASSINATURA DO RESP. TÉCNICO COM CARIMBO)  Maceió, de de \_\_\_\_\_\_\_\_..  **OBS:** PETIÇÕES DE CONCESSÃO, PREENCHER COM " X ", PETIÇÕES DE ALTERAÇÃO, PREENCHER COM " I " PARA INCLUSÃO E/OU " E " PARA EXCLUSÃO. | | |

Nestes termos, pede deferimento.

Maceió, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ass. do requerente: .

**LEIA COM ATENÇÃO**: COM A ASSINATURA DESTE TERMO, TOMO CIÊNCIA DE QUE DEVEREI COMPARECER PESSOALMENTE OU REPRESENTADO POR PROCURADOR DEVIDAMENTE HABILITADO, À SEDE DO ÓRGÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL, PARA OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O TRÂMITE DE MEU PROCESSO ADMINISTRATIVO, E, AO FINAL DESTE, PARA BUSCAR MEU ALVARÁ SANITÁRIO, SOB PENA DE ARQUIVAMENTO DO PROCESSO, CANCELAMENTO E/OU PERDA DA TAXA DE LICENÇA SANITÁRIA PAGA, SEM ÔNUS AO ÓRGÃO EMITENTE E SEM PREJUÍZO ÀS INFRAÇÕES SANITÁRIAS APLICÁVEIS.

**Obs.: TODOS OS CAMPO DEVEM SER PREENCHIDOS CORRETAMENTE.**