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 CANCELAMENTOALTERAÇÃOMUDANÇA | **ASSUNTO**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ALVARÁ SANITÁRIOREVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARECER TÉCNICO2º VIA DO ALVARÁ SANITÁRIO DECLARAÇÃO SANITÁRIA MUDANÇA DE ENDEREÇOOUTROS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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.**