



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDINHA
SECRETARIA DE SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO I
REQUERIMENTO PARA EMISSÃO/RENOVAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO

Razão social: _____

Nome fantasia: _____

CNPJ: _____

Nome do proprietário: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço (estabelecimento): _____

Bairro: _____ Fone: (____) _____ Cel: (____) _____

E-mail: _____

ATIVIDADES REQUERIDAS: _____

Assinatura do requerente: _____

Rondinha, _____ de _____ de _____.