

**Estado do Rio Grande do Sul**  
**Prefeitura Municipal de São Luiz Gonzaga**  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
**Departamento de Vigilância Sanitária**

**REQUERIMENTO PADRÃO**

Nome/Razão Social:	
Nome Fantasia:	
CNPJ/CPF:	
Endereço:	
Fone:	
E-mail:	
Responsável Legal - RL:	
CPF do RL:	
Responsável Técnico - RT:	
Nº de Registro do RT no Conselho Profissional:	
CPF do RT:	
Ramo de Atividade:	
Vem Requerer:	
<input type="checkbox"/> Licença Sanitária Inicial	
<input type="checkbox"/> Renovação de Licença Sanitária	
Alteração de Licença Sanitária:	
<input type="checkbox"/> Nome/Razão Social	
<input type="checkbox"/> Endereço	
<input type="checkbox"/> Responsável Legal	
<input type="checkbox"/> Responsável Técnico	
<input type="checkbox"/> Ramo de Atividade	
<input type="checkbox"/> Cancelamento de Licença Sanitária	

São Luiz Gonzaga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável