

**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:
<p>Vem Requerer:</p> <p>() Licença Sanitária Inicial</p> <p>() Renovação de Licença Sanitária</p> <p>Alteração de Licença Sanitária:</p> <p>() Nome/Razão Social</p> <p>() Endereço</p> <p>() Responsável Legal</p> <p>() Responsável Técnico</p> <p>() Ramo de Atividade</p> <p>() Cancelamento de Licença Sanitária</p>

São Luiz Gonzaga, _____ de _____ de 202__ .

Responsável

Protocolo SIVISA: _____.