



REQUERIMENTO PADRÃO

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO		
RAZÃO SOCIAL/ NOME:		☐ PESSOA FÍSICA ☐ PESSOA JURÍDICA
NOME FANTASIA:		
CNPJ / CPF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
ENDEREÇO:		TELEFONE(s):
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:	☐ SERVIÇO PÚBLICO ☐ SERVIÇO PRIVADO	☐ MATRIZ ☐ FILIAL
LICENÇA SANITÁRIA ANTERIOR (nº. e data de vencimento):		CNES (apenas para serviços de saúde):
E-MAIL (da empresa ou dos responsáveis):		
REPRESENTANTE LEGAL – PROPRIETÁRIO (A)		
NOME:		
RG:	CPF:	
RESPONSÁVEL LEGAL - PROCURADOR (A) (se houver)		
NOME:		
RG:	CPF:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO - RT		
NOME:		
Nº DE INSC. NO CONSELHO DE CLASSE:		CPF:
TIPO DE VÍNCULO	TELEFONE:	E-MAIL DO RT:
☐ FUNCIONÁRIO ☐ PROPRIETÁRIO		
ATIVIDADE(S) EXERCIDA(S) SEGUNDO A CNAE (IBGE/CONCLA)		
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
SOLICITAÇÃO AO DVS		
☐ Licença sanitária – Inicial. ☐ Licença sanitária – Renovação. ☐ Inclusão de atividade. Qual: _____ ☐ Exclusão de atividade. Qual: _____	☐ Baixa de Responsabilidade Técnica (para o RT farmacêutico há formulário específico). ☐ Mudança do Responsável Técnico (para o RT farmacêutico há formulário específico). ☐ Mudança do Responsável Legal ou da Razão Social. ☐ Emissão/impressão de licença sanitária com dados atualizados. ☐ Outros (descrever): _____	

Nestes termos pede deferimento, declarando cumprir a legislação vigente e assumir, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e nos documentos anexos.

Protocolo nº. _____

REQUERENTE

Proprietário/ procurador (a) ou Autor do Projeto

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

Recebido do DVS: