



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE
Departamento de Proteção à Saúde e Vigilâncias – SS-4

FORMULÁRIO DE PETIÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Assunto:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Licença Sanitária Simples | <input type="checkbox"/> Laudo Técnico de Avaliação - LTA |
| <input type="checkbox"/> Licença Sanitária Inicial | <input type="checkbox"/> Veículos |
| <input type="checkbox"/> Renovação de Licença Sanitária | <input type="checkbox"/> Equipamentos |
| <input type="checkbox"/> Encerramento de Atividade | <input type="checkbox"/> Recurso/Defesa _____ |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade Técnica - Assunção | <input type="checkbox"/> Alteração de _____ |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidade Técnica - Baixa | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO (preenchimento obrigatório)

Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____
CNPJ/CPF: _____
Endereço: _____ n^o _____
Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____
Fone/fax: _____ E-mail: _____
Horário de Funcionamento: ____ : ____ às ____ : ____ horas
Processo SBC n^o: _____
Inscrição Mobiliária: _____ Inscrição Imobiliária _____

CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO

Ramo De Atividade: _____
N^o CNAE: _____
Principal Atividade Desenvolvida: _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO - ASSUNÇÃO

Nome: _____
CPF: _____ Registro Profissional CR ____ n^o _____
Fone: _____ Cel.: _____ E-mail: _____
Horário de Trabalho: ____ : ____ às ____ : ____ horas

RESPONSÁVEL TÉCNICO - BAIXA

Nome: _____
CPF: _____ Registro Profissional CR ____ n^o _____
Fone: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

RESPONSÁVEL LEGAL (preenchimento obrigatório)

Nome: _____
CPF: _____ CEP: _____ Fone: _____ Cel.: _____
E-mail: _____

CONTATO DA CONTABILIDADE

Nome do Contador: _____
Endereço da Contabilidade: _____ n^o _____
Fone: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Observações: _____

Nome do Responsável Legal/Procurador: _____
Assinatura: _____
Data: ____ / ____ / ____