|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PREFEITURA MUNICIPAL DE ABELARDO LUZ – SC****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** |  |
|  **FORMULÁRIO DE PETIÇÃO** | **USO DO ÓRGÃO RECEBEDOR** |

**REQUER AO SENHOR RESPONSÁVEL PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE PETIÇÃO**[ ]  CONCESSÃO[ ]  CANCELAMENTO[ ]  ALTERAÇÃO[ ]  AUTENTICAÇÃO[ ]  TRANSFERÊNCIA | **ASSUNTO**[ ]  ALVARÁ SANITÁRIO[ ]  REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO[ ]  RESPONSABILIDADE TÉCNICA[ ]  PARECER TÉCNICO[ ]  LIVROS[ ]  CERTIDÃO[ ]  OUTROS       (DISCRIMINAR) |

|  |
| --- |
| **CAMPOS ALTERADOS**:                            |
| **IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA** |
| 01 - RAZÃO SOCIAL:       |
| 02- NOME DE FANTASIA:       |
| 03 - ALVARÁ SANITÁRIO: N.º:        | SÉRIE:       |
| 04 – CNPJ:       | CÓD SVS:       | CPF:       |
| 05 – ENDEREÇO:       (Rua/Avenida/Praça) |
| N.º :       | Complemento:       (Casa/Apto/Bloco/Sala) |      (Edifício) |
| BAIRRO:       | MUNICÍPIO:       | CEP:       |
| UF:    | DDD:     | FAX:       | FONE:       |
| E-MAIL:       |

|  |
| --- |
| 06 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:    :    ÀS    :   **CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA**07 - PAÍS DE ORIGEM E/OU ESTADO:       |

|  |
| --- |
| 08 - ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS: |
| CÓDIGOS           | (CONFORME TABELA II ATOS DA SAÚDE PÚBLICA)           |

 ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO NA ÍNTEGRA

**REGISTRO/ESCRITURAÇÃO:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **09** - QUANTIDADE DE LIVROS:        | QUANTIDADE DE FOLHAS:       |
| **FINALIDADE:**[ ]  LISTA A1,A2,A3[ ]  LISTAS B1, B2[ ]  LISTAS C1,C2,C4,C5 ADENDOS A e B[ ]  REGISTRO APLICAÇÃO INJETAVEL[ ]  RECEITUARIO GERAL,FARM. MAG.[ ]  REGISTRO DE OTICA[ ]  REGISTRO DE DOADOR SANGUE | [ ]  REGISTRO RECEPTOR DE SANGUE[ ]  REGISTRO DE EXAMES[ ]  REGISTRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR[ ]  REGISTRO DOADORES DE ORGAOS[ ]  REGISTRO DE CLORO E PH[ ]  OUTROS       (Especificar) |

 **REPRESENTAÇÃO LEGAL**

|  |  |
| --- | --- |
| 10 -       (Representante Legal)  |      (CPF) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL) |

 **RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

|  |
| --- |
| 11 - NOME:       |
| CPF:       | PROFISSÃO:       |
| SIGLA DO CONSELHO: |       | UF:    |
| N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO:       |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ASSINATURA DO RESP. TÉCNICO COM CARIMBO)ABELARDO LUZ,    de       de     .**OBS:** PETIÇÕES DE CONCESSÃO, PREENCHER COM " X " , PETIÇÕES DE ALTERAÇÃO, PREENCHER COM " I " PARA INCLUSÃO E/OU " E " PARA EXCLUSÃO. |