|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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. | | |