



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI
Secretaria de Saúde
Rua Dr. Afrânio, 163 Sl. 06-07-08 - (34) 3690-3140
visaraguari@bol.com.br

REQUERIMENTO

ANEXO I

Ilustríssimo Senhor,
Coordenador de Vigilância Sanitária,

Eu, _____,
portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG:	CPF:	CTPS: Nº:	SÉRIE:
	CONSELHO REGIONAL DE _____			Nº INSCRIÇÃO:
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):			
	MUNICÍPIO:	CEP: _____ - _____	TELEFONE: ()	
	E-MAIL:			FAX: ()

responsável técnico pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECEMENTO	NOME DO ESTABELECIMENTO:		
	RAZÃO SOCIAL:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		CEP: _____ - _____
	MUNICÍPIO:	ATIVIDADE:	
	E-MAIL:		TELEFONE: ()

Venho requerer renovação
 emissão do alvará sanitário para o corrente exercício.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Proprietário/ Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI
Secretaria de Saúde
Rua Dr. Afrânio, 163 Sl. 06-07-08 - (34) 3690-3140
visaraguari@bol.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE

ANEXO II

Eu, _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG Nº:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO: __/__/____
	CPF:	CTPS: Nº: SÉRIE:	NÍVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> - GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> - ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> - MESTRADO <input type="checkbox"/> - DOUTORADO
	CONSELHO REGIONAL DE _____		Nº INSCRIÇÃO:
	ESPECIALIZAÇÃO:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		
	MUNICÍPIO:	CEP: _____ - _____	TELEFONE: ()
	E-MAIL:	FAX: ()	

declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		CEP: _____ - _____
	MUNICÍPIO:	Data de Início de funcionamento: __/__/____	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> - ESTADUAL <input type="checkbox"/> - FEDERAL <input type="checkbox"/> - FILANTROPICO <input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> - MUNICIPAL <input type="checkbox"/> - PRIVADO <input type="checkbox"/> - SINDICATO
	TELEFONE: ()	FAX: ()	
	E-MAIL:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		TELEFONE RESPONSÁVEL LEGAL:
	CPF:	RG Nº	ÓRG. EXPEDIDOR DATA DE EXPEDIÇÃO: __/__/____

ao qual me comprometo a prestar assistência efetiva, de acordo com a legislação vigente.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUARI
Secretaria de Saúde
Rua Dr. Afrânio, 163 Sl. 06-07-08 - (34) 3690-3140
visaraguari@bol.com.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE (SUBSTITUTO)

ANEXO II

Eu, _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

PROFISSIONAL	RG Nº:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/___
	CPF:	CTPS: Nº: SÉRIE:	NIVEL DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> -GRADUAÇÃO <input type="checkbox"/> -ESPECIALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> -MESTRADO <input type="checkbox"/> -DOUTORADO
	CONSELHO REGIONAL DE _____		Nº INSCRIÇÃO:
	ESPECIALIZAÇÃO:		
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		
	MUNICÍPIO:	CEP: _____ - _____	TELEFONE: ()
	E-MAIL:	FAX: ()	
	HORÁRIO DE TRABALHO:		

declaro assumir a responsabilidade técnica pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIAMENTO	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, Bairro):		CEP: _____ - _____
	MUNICÍPIO:	Data de Início de funcionamento: ___/___/___	NATUREZA JURÍDICA: <input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO <input type="checkbox"/> - COOPERATIVA <input type="checkbox"/> - ESTADUAL <input type="checkbox"/> - FEDERAL <input type="checkbox"/> - FILANTROPICO <input type="checkbox"/> - FUNDAÇÃO <input type="checkbox"/> - MUNICIPAL <input type="checkbox"/> - PRIVADO <input type="checkbox"/> - SINDICATO
	TELEFONE: ()	FAX: ()	
	E-MAIL:		
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:		
	RESPONSÁVEL LEGAL:		TELEFONE RESPONSÁVEL LEGAL:
	CPF:	RG Nº	ÓRG. EXPEDIDOR DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/___

ao qual me comprometo a prestar assistência efetiva, de acordo com a legislação vigente.
_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Técnico