



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nº PROCESSO: _____ DIVISÃO: _____ DATA: ____/____/____

R E Q U E R I M E N T O

DADOS DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL LEGAL/TÉCNICO

EU, _____ CPF: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA / ESTABELECIMENTO

NOME / RAZÃO SOCIAL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CNPJ: _____

PERÍMETRO: _____ e _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

REQUER

<input type="checkbox"/>	APROVAÇÃO DE PROJETO (AP)	<input type="checkbox"/>	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO (RI)
<input type="checkbox"/>	AUTENTICAÇÃO DE LIVROS (AL)	<input type="checkbox"/>	SNGPC _____
<input type="checkbox"/>	ENCERRAMENTO DE LIVROS (EL)	<input type="checkbox"/>	MALETA DE EMERGÊNCIA (ME)
<input type="checkbox"/>	CANCELAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (CRT)	<input type="checkbox"/>	VISTO EM RECEITA DE OUTRO ESTADO (VR)
<input type="checkbox"/>	SUBSTITUIÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (SRT)	<input type="checkbox"/>	EMIÇÃO DE LAUDO TÉCNICO
<input type="checkbox"/>	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO (LF)	<input type="checkbox"/>	2ª VIA DE: _____
<input type="checkbox"/>	RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO (LF)	<input type="checkbox"/>	OUTROS _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ATIVIDADE /CNAE: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____

NÚMERO DO REGISTRO DO RT (CONSELHO DE CLASSE): _____

TELEFONE DA EMPRESA: _____ EMAIL DA EMPRESA: _____

Assinatura do Responsável / Proprietário