



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAÇADOR  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



## FORMULÁRIO DE PETIÇÃO

REQUER AO DIRETOR DO NÚCLEO DE 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)

### 01 – IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

- RAZÃO SOCIAL \_\_\_\_\_.
- NOME FANTASIA \_\_\_\_\_.
- CNPJ/CPF \_\_\_\_\_.
- END. :RUA:  
\_\_\_\_\_.
- TELEFONE - EMPRESA: \_\_\_\_\_
- E-MAIL – EMPRESA: \_\_\_\_\_.
- HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:  
\_\_\_\_\_.

## 02 –CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA

▪ ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

- ✓ \_\_\_\_\_.
- ✓ \_\_\_\_\_.
- ✓ \_\_\_\_\_.
- ✓ \_\_\_\_\_.
- ✓ \_\_\_\_\_.

**\*\*ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO NA ÍNTEGRA\*\***

**03 – CLASSE DE PRODUTOS QUE A EMPRESA IRÁ TRABALHAR:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS                           | <input type="checkbox"/> DROGAS                            |
| <input type="checkbox"/> INSUMOS FARMACÊUTICOS                  | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS CONTROLADOS          |
| <input type="checkbox"/> CORRELATOS A PROD. DE HIGIENE CORPORAL | <input type="checkbox"/> PRODUTOS DE HIGIENE CORPORAL      |
| <input type="checkbox"/> SANEANTES DOMISSANITÁRIOS              | <input type="checkbox"/> PERFUMES                          |
| <input type="checkbox"/> VETERINÁRIOS                           | <input type="checkbox"/> TÓXICOS                           |
| <input type="checkbox"/> ALIMENTOS                              | <input type="checkbox"/> BIOLÓGICOS                        |
| <input type="checkbox"/> CORRELATOS                             | <input type="checkbox"/> ARTEFATOSP/ ESGOTAMENTO SANITÁRIO |
| ( ) ESTÉREIS  | ( ) CONSUMO LABORATORIAL                                   |
| ( ) EQUIP./APARELHOS/INST. LABORATORIAIS                        | ( ) CONSUMO MÉDICO/HOSPITALAR                              |
| ( ) EQUIP./APARELHOS/INST. MÉDICO/HOSPITALARES                  | ( ) CONSUMO ODONTOLÓGICO                                   |
| ( ) EQUIP./APARELHOS/INST. ODONTOLÓGICOS                        | ( ) CONSUMO RADIOLÓGICO                                    |
| ( ) EQUIP./APARELHOS/INST. RADIOLÓGICOS                         | ( ) IMPLANTÁVEL  |
|   | ( ) OUTROS _____   |

**04 – REPRESENTANTE LEGAL**\_\_\_\_\_  
(NOME)\_\_\_\_\_  
(CPF)\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA)**05 – RESPONSÁVEL TÉCNICO**\_\_\_\_\_  
(NOME)\_\_\_\_\_  
(PROFISSÃO)\_\_\_\_\_  
(SIGLA DO CONSELHO)\_\_\_\_\_  
(Nº DO REGISTRO)\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA)

CAÇADOR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**\*\*ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO NA ÍNTEGRA\*\***