



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, GISELY SOUSA MENDROT CPF: 760.460.102-25

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA / ESTABELECIMENTO

NOME / RAZÃO SOCIAL: CENTRO DE PREVENÇÃO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS RENOVAÇÃO

ENDEREÇO: RUA RAIMUNDO CINTRA Nº: 18

BAIRRO: MANGUEIRAS (MOSQUEIRO) CEP: 66.912-220 CNPJ: 26.480.648/0001-04

PERÍMETRO: _____ e _____

PONTO DE REFERÊNCIA: ESQUINA COM ALAMEDA DO CARMO

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 checked="" type="checkbox"/>	RENOVAÇÃO DE LICENÇA DE FUNCIONAMENTO (LF)	<input type="checkbox"/>	OUTROS

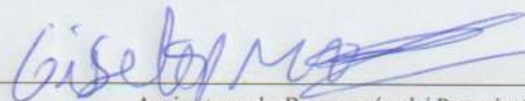
INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ATIVIDADE / CNAE: 87.20-4-01 - Atividades de centros de assistência psicossocial

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: 08h as 16h

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

TELEFONE DA EMPRESA: 91 98279-2020 EMAIL DA EMPRESA: _____


Assinatura do Responsável / Proprietário