



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

EU, _____ CPF _____

Endereço residencial _____

Nº _____ Bairro _____ Município _____ CEP _____

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

Razão Social _____

Nome Fantasia _____ CNPJ _____

Endereço _____

_____ nº _____ Bairro _____ CEP _____

Município _____ perímetro _____ e _____

REQUER

<input type="checkbox"/>	APROVAÇÃO DE PROJETO (AP)	<input type="checkbox"/>	RELAÇÃO MENSAL DE VENDAS (RMV)
<input type="checkbox"/>	AUTENTICAÇÃO DE LIVROS (AL)	<input type="checkbox"/>	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO (RI)
<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"/>	DESINTERDIÇÃO _____
<input type="checkbox"/>	CONFERÊNCIA DE MAPAS E BALANÇOS (CMB)	<input type="checkbox"/>	SNGPC _____
<input type="checkbox"/>	BALANÇO DE INALANTES	<input type="checkbox"/>	2ª VIA DE: _____
<input type="checkbox"/>	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO (LF)	<input type="checkbox"/>	OUTROS _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ATIVIDADE PARA LICENCIAMENTO _____

Nº DO CNAE: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO _____

REGISTRO DO TÍTULO PROFISSIONAL JUNTO AO CONSELHO DE CLASSE: _____

TELEFONE: _____ / _____ EMAIL: _____

DATA ____/____/____ _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL