



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

Nº PROCESSO: _____ DIVISÃO: _____ DATA: _____ / _____ / 2015

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

EU, JOSÉ ANSELMO VALE DA SILVA Residente à _____

AV. BEIRA MAR, CARANANDUBA

Nº 655 Bairro MOSQUEIRO Município BELÉM/PA CEP 66923-125

Responsável pelo Estabelecimento PANORAMICA RESTO

sito à EST. DO ARIRAMBA

nº SN _____ Bairro MOSQUEIRO CEP 66919-100

Município BELÉM/PA perimetro compreendendo entre PROXIMO A EMBRATEL e _____

Vem solicitar a V.S.^a o (os) serviço (s) abaixo relacionado (s):

<input type="checkbox"/>	APROVAÇÃO DE PROJETO	<input type="checkbox"/>	AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DE INJETÁVEIS
<input type="checkbox"/>	AUTENTICAÇÃO DE LIVROS	<input type="checkbox"/>	RELATÓRIO DE INSPEÇÃO
<input type="checkbox"/>	ENCERRAMENTO DE LIVROS	<input type="checkbox"/>	MALETA DE EMERGÊNCIA
<input type="checkbox"/>	CANCELAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/>	VISTO EM RECEITA DE OUTRO ESTADO
<input type="checkbox"/>	SUBSTITUIÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	<input type="checkbox"/>	DESINTERDIÇÃO
<input type="checkbox"/>	CONFERÊNCIA DE MAPAS E BALANÇO	<input type="checkbox"/>	SNGPC
<input type="checkbox"/>	BALANÇO DE INALANTES	<input type="checkbox"/>	2ª VIA DE:
<input checked="" type="checkbox"/>	LICENÇA DE FUNCIONAMENTO	<input type="checkbox"/>	OUTROS

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ATIVIDADE P/ LICENCIAMENTO RESTAURANTE

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO 10:00 ÀS 21:00

RAZÃO SOCIAL J A V DA SILVA

NOME FANTASIA PANORAMICA RESTO

C.N.P.J.º 26.855.526/0002-28 CPF.: Nº 820.776.812-68

TÍTULO PROFISSIONAL _____ REG. DO CONSELHO: _____

TELEFONE: 91- 98877-5113 CELULAR: _____ NOME DE CONTATO JOSÉ ANSELMO

DATA 11 / 12 / 2020

RESPONSÁVEL