



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO ALTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



REQUERIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO PARA EVENTO

Estabelecimento: _____

CNPJ: _____

Nome Fantasia: _____

Representante Legal da Empresa: _____

Cargo/ Função ou Atividade: _____

Endereço da empresa: _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____

Vem a V.S. requerer o: _____

(Alvará inicial / Renovação/ ou baixa)

Referente ao ano de: _____ do estabelecimento acima Citado.

Nome do Evento: _____

Local do Evento: _____

End: _____ Município: _____ UF: _____

Data do Evento: ____/____/____ Alvará anterior nº: ____ ano: ____

Fone: (____) ____/____/____ Horário de início: ____ : ____ Término: ____ : ____ hs

e-mail _____

Nestes Termos Pede Deferimento.

Local : _____ Data: ____/____/____

Ass.Resp. Legal

USO EXCLUSIVO DO -DVS
DADOS DA VISTORIA: