



REQUERIMENTO PARA 2ª VIA DE ALVARÁ SANITÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME EMPRESARIAL:

NOME FANTASIA:

CNPJ/CPF:

CCP:

INSC. MUN.:

MOTIVO PARA SOLICITAÇÃO

Alteração de endereço

Alteração de responsabilidade técnica

Alteração de atividade econômica

Perda da 1ª via

LOCALIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO ATUAL

ENDEREÇO (COM PONTO DE REFERÊNCIA):

TELEFONE(S):

CEP:

E-MAIL:

WhatsApp:

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS ATUAIS

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL:

CPF:

RG:

TELEFONE:

E-MAIL:

NOME DO RESPONSÁVEL TÉCNICO/CLÍNICO: (Campo destinado exclusivamente a indicação do profissional de saúde)

CPF:

INSC. NO CONSELHO DE CLASSE:

TELEFONE:

E-MAIL:

POSSUI PROCURADOR? NÃO SIM (Se sim, a procuração deve estar anexa)

NOME DO PROCURADOR (Contador/Advogado ou outro, se houver):

E-MAIL:

TELEFONE/WhatsApp:

ESCRITÓRIO:

ATIVIDADES ECONÔMICAS

Código CNAE	Atividade	Alteração
		<input type="checkbox"/> inclusão <input type="checkbox"/> exclusão
		<input type="checkbox"/> inclusão <input type="checkbox"/> exclusão
		<input type="checkbox"/> inclusão <input type="checkbox"/> exclusão

Fica o administrado, por seu Representante Legal ou Responsável Técnico, ciente que deverá acompanhar o andamento do processo na página <http://processo.palmas.to.gov.br/>, nos termos dos artigos 1º e 4º, I e VII, do Decreto Municipal nº 462, de 16 de maio de 2013 e artigos 3º, II, e 4º, da Lei Municipal nº 1.156, de 16 de setembro de 2002.

Assinatura Responsável Legal

Assinatura e carimbo Responsável Técnico