



PREFEITURA DE PATOS DE MINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Dr. Eufrásio Rodrigues, 05 - Bairro Centro – CEP: 38.700-050
Telefone: (34) 3822.9623 - vigilanciasanitaria@patosdeminas.mg.gov.br - www.patosdeminas.mg.gov.br

ANEXO I

REQUERIMENTO

Eu _____, portador dos documentos e dados cadastrais abaixo:

RESPONSÁVEL	RG:	CPF:	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL
	CONSELHO REGIONAL DE _____			Nº INSCRIÇÃO:
	ENDEREÇO: (Rua/Av. número, Bairro):			
	MUNICÍPIO:	CEP:	TELEFONE:	
	E-MAIL:			FAX:

Responsável técnico pelo estabelecimento abaixo qualificado:

ESTABELECIMENTO	NOME DO ESTABELECIMENTO:			
	RAZÃO SOCIAL:			
	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
	ENDEREÇO:(Rua/Av. número, Bairro):		CEP:	
	MUNICÍPIO:			
	E-MAIL:		TELEFONE:	

Contador: _____ Telefone: _____

Ponto de referência/ Localização: _____

Horário de Funcionamento: _____

Venho requerer emissão
do alvará sanitário para o corrente exercício.
 renovação

_____, ____ de _____ de 2.0__

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Proprietário/Repres. Legal

Protocolado
VISA/ Patos de Minas

____/____/____