**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO – PESSOA FÍSICA**

|  |
| --- |
| **NÚMERO DE PROTOCOLO (CONTROLE INTERNO):** |
| **NOME DO PROFISSIONAL:** DIGITAR O NOME COMPLETO E SEM ABREVIAÇÕES |
| **CPF:** DIGITAR O CPF |
| **TELEFONE DO PROFISSIONAL:** INFORMAR TELEFONE COM DDD |
| **CONSELHO PROFISSIONAL E NÚMERO DE REGISTRO:** INFORMAR REGISTRO PROFISSIONAL |
| **ATIVIDADE:** INFORMAR A ATIVIDADE COM CÓDIGO CBO QUE CONSTA NA INSCRIÇÃO MUNICIPAL |
| **ENDEREÇO:** INFORMAR ENDEREÇO COMPLETO CONFORME CONSTA NA INSCRIÇÃO MUNICIPAL |
| **DIAS E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:** INFORMAR OS DIAS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO |
| **E-MAIL:** INFORMAR E-MAIL PARA RECEBIMENTO DA TAXA |
| **REQUERENTE:**  INFORMAR O NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL PELA PROTOCOLIZAÇÃO DO REQUERIMENTO |
| **CPF:** INFORMAR O CPF DO REQUERENTE |
| **TELEFONE DE CONTATO DO REQUERENTE:** INFORMAR TELEFONE COM DDD |
| **REQUERER:****( ) ASSENTIMENTO SANITÁRIO - INICIAL****( ) ASSENTIMENTO SANITÁRIO – RENOVAÇÃO****DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE CONHEÇO E ATENDO AS NORMAS SANITÁRIAS LEGAIS EXIGIDAS PARA AS ATIVIDADES QUE IREI DESENVOLVER E AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INSPEÇÃO E FISCALIZAÇÃO NO LOCAL DE EXERCÍCIO DAS MESMAS PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DA OBSERVÂNCIA DOS REFERIDOS REQUISITOS, BEM COMO TENHO CIÊNCIA DE QUE O NÃO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS LEGAIS EXIGIDOS PODERÃO ACARRETAR MULTA E INTERDIÇÃO DO ESTABELECIMENTO COM SUSPENSÃO PARCIAL OU TOTAL DAS ATIVIDADES.** |
| **OBS:** CAMPO LIVRE PARA INFORMAR OBSERVAÇÕES. |
| **ASSINATURA** |

 CARIMBO DO SETOR DE PROTOCOLO