

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DE SANTA LUZIA

Núcleo de Vigilância Sanitária

Solicitação de Serviços

ESTABELECIMENTO	RAZÃO SOCIAL:			
	NOME FANTASIA:			
	CNPJ:		INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
	ENDEREÇO (Rua/Av, número)			CEP
	BAIRRO:		COMPLEXIDADE:	NATUREZA JURÍDICA:
	TELEFONE:	FAX:	<input type="checkbox"/> - BAIXA	<input type="checkbox"/> - ASSOCIAÇÃO
	()	()	<input type="checkbox"/> - MÉDIA	<input type="checkbox"/> - COOPERATIVA
	E-MAIL:		<input type="checkbox"/> - ALTA	<input type="checkbox"/> - ESTADUAL
	OBJETIVO CONTRATO SOCIAL:			<input type="checkbox"/> - FEDERAL
				<input type="checkbox"/> - FILANTROPICO
RESPONSÁVEL LEGAL:				
CPF:	RG Nº	ORG. EXPEDIDOR:	DATA EXPEDIÇÃO:	
			____/____/____	

Serviço Solicitado

SERVIÇOS	: <input type="checkbox"/> -Liberação inicial de alvará sanitário <input type="checkbox"/> -Renovação de alvará sanitário <input type="checkbox"/> -Ingresso de responsabilidade técnica <input type="checkbox"/> -Baixa de responsabilidade técnica <input type="checkbox"/> - Análise de projeto arquitetônico <input type="checkbox"/> - Abertura de Livros <input type="checkbox"/> -Encerramento de livros <input type="checkbox"/> -Outros; especificar: _____
	Observações: _____ _____ _____ _____
Santa Luzia : _____ / _____ /2017	