



Prefeitura Municipal de Porto Velho
Secretaria Municipal de Saúde - SEMUSA
Divisão de Vigilância Sanitária - DVISA

REQUERIMENTO DE RENOVACÃO LICENCIAMENTO SANITÁRIO SIMPLIFICADO

TIPO DE LICENCIAMENTO SANITÁRIO

LICENÇA SANITÁRIA SIMPLIFICADA
POR AUTO DECLARAÇÃO

LICENÇA SANITÁRIA SIMPLIFICADA
POR AUTO INSPEÇÃO

DADOS DO REQUERENTE:

Razão Social/Pessoa Física:

Nome de Fantasia:

CNPJ:

Inscrição Municipal:

CNES (Estabelecimento de Saúde):

Endereço:

Nº:

Ponto de Referência do Endereço:

Bairro:

Cep:

Município/Distrito:

Horário de Funcionamento:

Fone/ fixo e celular

Email:

Lista de Atividade(s) Objeto do Licenciamento;

Código CNAE:

RISCO SANITÁRIO:

RELACIONAR TODAS AS ATIVIDADE OBJETOS SOCIAL DA
EMPRESA

INSERIR CODIGO
CNAE DA
ATIVIDADE

CLASSIFICAR RISCO
DA ATIVIDADE
CONFORME ANEXO I
DO DECRETO 14.143 DE
2016

ANEXO I – Decreto nº _____

Serviço Terceirizado SIM () NÃO ()	Tipo de Serviço terceirizado: 1 - _____ 2 - _____	Razão Social da Empresa Prestadora de Serviço terceirizado: 1 _____ 2 _____ RELACIONAR O NOME DE TODAS AS EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS
---	---	---

Endereço da terceirizada: 1- _____ 2- _____	ALVARÁ DE SAÚDE DA TERCEIRIZADA Nº _____ Nº _____
---	---

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome:	CPF:	
RG:	Órgão Expedidor:	Data Expedição:
Endereço Completo:	Complemento:	
E-mail:	Telefones:	

DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:			
Formação Acadêmica:	CPF:	Registro no Conselho:	CNES
Endereço:	Telefones para contato:		
RG:	Órgão Expedidor:	Email:	

Porto Velho, _____ de _____ de _____.

 Requerente/Representante Legal
 (Assinatura por extenso)