



Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde  
Gerência de Vigilância Sanitária

Processo Nº

Deferido

Indeferido

Data:

Diretor:

**Requerente**

CNPJ:		CPF:	
Nome do Requerente:			
Razão Social:			
Endereço:			
Nº:		Bairro:	
Complemento:		Cidade:	
CEP		Telefone:	
E-Mail:			
Ponto de Referência:			

**Processo**

Assunto:			
	Licença Inicial		Mudança de Responsável Técnico
	Renovação		Outros:
	Baixa Responsável Técnico		

**Protocolo**

Distrito Sanitário	DS I		DS V		Nível Central	SMPC	
	DS II		DS VI			SCAP	
	DS III		DS VII			SSIS	
	DS IV		DS VIII				

**Preenchimento de protocolo**

Ação da Vigilância			
	Alimentos		Saneantes
	Cosméticos		Medicamentos
	Correlatos		Outros:
	Serviços de Interesse a Saúde		

**Resumo das Atividades Desenvoidas**

Horario de funcionamento:	

Assinatura do Requerente