|  |  |
| --- | --- |
| ***escudo*** | ***SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE AGRONÔMICA******Vigilância Sanitária Municipal******CNPJ 83 102 590/0001-90******RUA: XV DE NOVEMBRO, 402 (47)3542-0450) 410/326******992937561*** |

**REQUERIMENTO – ALVARÁ SANITÁRIO TEMPORÁRIO PARA EVENTO**

|  |
| --- |
| **DADOS DO EXPOSITOR** |
| **Nome (Razão Social):** |
| **Nome Fantasia:** |
| **CNPJ/CPF:** |
| **Endereço da empresa:** | **Nº** |
| **Complemento:**  | **Bairro:** |
| **Telefone(s):** | **CEP:** |

|  |
| --- |
| **E-mail da empresa:** |
| **Horário de Funcionamento:**  |
| **DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS COMERCIALIZADOS / PRESTADOS NO EVENTO PELO EXPOSITOR** |
| **Haverá comercialização / exposição / disponibilização / consumo / prestação de serviços de:** |
| **Alimentos****(\_\_\_\_\_\_\_)** | **Bebida Alcoólica****(\_\_\_\_\_\_\_)** | **Bebida Não Alcoólica** | **Produtos para saúde****(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | **Serviços de Saúde** |
| **Número do Alvará Sanitário atualizado:** |
| **Número total de trabalhadores que participarão do evento:(\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** | **Número total de manipuladores de alimentos: (\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |
| **- Atestado de Saúde para os Manipuladores Alimentos;** |
| **- Certificado de participação em treinamentos de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos;** |
| **- Certificado de desinsetização e desratização (Veículo ou local manipulação alimentos)**  |
| **SOLICITANTE** |
| **o Proprietário / Sócio****o Representante legal (com procuração com reconhecimento de firma)** |
| **Nome:** |
| **CPF:** | **Telefone:** |

**Agronômica., (SC), \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_2020\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura**