|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE PETIÇÃO | | | | | | | |
| Concessão | Cancelamento | Alteração | | | Autenticação | | Outros: |
| ASSUNTO | | | | | | | |
| Renovação de Alvará Sanitário | | | Inclusão de Resp. Técnico | | | Exclusão de Responsável Técnico | |
| Alvará Sanitário Inicial | | | Livros | | | Outros: | |
| **DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA PROTOCOLAR O REQUERIMENTO**  **RENOVAÇÃO ABERTURA DE EMPRESA** | | | | | | | |
| **Obs. OS REQUERIMENTOS DEVEM SEM ENCAMINHADOS VIA E-MAIL** [**vigilancia@mondai.sc.gov.br**](mailto:vigilancia@mondai.sc.gov.br) **OU DE FORMA PRESENCIAL**  **Obs. REQUERIMENTOS QUE FOREM ENCAMINHADOS SEM ASSINATURA DO RESPOSNÁVEL DA EMPRESA, SEM O DEVIDO PREENCHIMENTO OU SEM DOCUMENTAÇÃO SERÃO INDEFERIDOS E REENCAMINHADOS.** | | | | * Cópia do RG e CPF dos sócios ou do titular da empresa * Cópia da LAO (Licença Ambiental de Operação) ou Dispensa de Licença. * Cópia da ART – Anotação de Responsabilidade Técnica **(se houver, na concessão e renovação)** * Cópia CNPJ * Cópia do Alvará de Localização * Atestado de Vistoria do Corpo de Bombeiros * Cópia do Instrumento de Constituição da empresa **(contrato social, Estatuto social, certificado de MEI, etc. na concessão e quando houver alteração)** * Comprovante de Endereço **(na concessão e alteração se houver mudança de endereço)** * Comprovante de pagamento de guia de alvará sanitário **(quando for passível do mesmo ou por solicitação da empresa)** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **01** – Nome (Razão Social): | | | | | **02 -** Porte: | |
| **03** – Nome de Fantasia: | | | | | | |
| **04** – CNPJ: | | CPF: | | | | |
| **05** – Endereço: | | | | Nº | | |
| Complemento: | | | Bairro | | | |
| Fone/Fax: | | CEP: | | | | |
| E-mail: | | | | | | |
| **06** – Horário de Funcionamento: | | | | | | |
| CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA | | | | | | |
| **07** – Atividades a serem desenvolvidas: | | | | | | |
| CÓDIGO | ATIVIDADES | | | | | RISCO |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTOU CIENTE DA LEI Nº 13.874, DE 20 DE SETEMBRO DE 2019; LEI Nº 17.071, DE 12 DE JANEIRO DE 2017; LEI Nº 18.091, DE 29 DE JANEIRO DE 2021; E DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES – 01 DE DEZEMBRO/2021 E SOLICITO VIA REQUERIMENTO O RECEBIMENTO DE ALVARÁ SANITÁRIO BEM COMO DEMAIS ENCARGOS SUPERVENIENTES.** | |
| **08** – Representante Legal: | CPF: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Representante Legal | |

**ESTE REQUERIMENTO É PADRÃO, NÃO DEVE SER MODIFICADO.**

Mondaí, / /

Nome do solicitante:

CPF/RG:

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.