|  |
| --- |
| 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** **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.