



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA
Secretaria Municipal de Saúde
VISA Municipal

Senhor(a) Secretário(a):

Estabelecimento (razão social):		
Nome Fantasia:		
Ramo de Atividade:		
Endereço:		
Bairro:		
CEP:	Fone:	E-mail:
CNPJ:	CPF(autônomos):	
Responsável Técnico:		
Inscrito no conselho regional de:		
Número do Registro:		
REQUER:		
<input type="checkbox"/> Alvará Inicial <input type="checkbox"/> Renovação de Alvará <input type="checkbox"/> Outros:		
Para o ramo de atividade de:		
Assinatura do Responsável Técnico:	Identificação:	
Assinatura do Responsável Legal:	Identificação:	
Nova Santa Rita, ____ de _____ de 20____.		

