

FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE INTERESSE SANITÁRIO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Dados do Estabelecimento	RAZÃO SOCIAL:		
	NOME FANTASIA:		
	CNPJ:		E-MAIL:
	ENDEREÇO (Rua/Av, número, bairro):		
	TELEFONE: () ()	FAX: () ()	CEP:
	ATIVIDADE ECONÔMICA:		
Dados Responsável Legal	NOME COMPLETO:		
	RG Nº:		CPF:
	CONSELHO REGIONAL DE:		Nº DE INSCRIÇÃO:
Dados Responsável Técnico	NOME COMPLETO:		
	RG Nº:		CPF:
	CONSELHO REGIONAL DE:		Nº DE INSCRIÇÃO:
Dados Responsável Técnico Substituto	NOME COMPLETO:		
	RG Nº:		CPF:
	CONSELHO REGIONAL DE:		Nº DE INSCRIÇÃO:

Divinópolis, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
LEGAL/CARIMBO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
TÉCNICO/CARIMBO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
TÉCNICO SUBSTITUTO/CARIMBO