



REQUERIMENTO SMS/DVIS/VISA

Número:

Data:

/ /

Razão Social/Nome:

Nome Fantasia:

Ramo de Atividade /CÓDIGO CNAE:

CNPJ/CPF:

CGA:

Alvará Sanitário nº:

Endereço (rua, avenida, travessa, etc.):

Nº:

Compl.:

Bairro:

Município:

SALVADOR / BAHIA

Ponto de Referência:

Telefone (FIXO):

Telefone (CELULAR):

E-mail:

Horário de Funcionamento:

Responsável Técnico (nome completo legível):

Profissão:

Registro do Conselho de Classe nº:

CPF:

Responsável Legal (nome completo legível):

CPF:

SOLICITA:☐ Análise de Projeto Básico de Arquitetura (PBA)☐ Licença Sanitária Inicial☐ Renovação da Licença Sanitária☐ Encerramento de Atividades perante a Vigilância Sanitária☐ Assinatura de Termo de Responsabilidade Técnica () Titular () Substituto☐ Assinatura do Termo de Baixa de Responsabilidade Técnica () Titular () Substituto☐ Cadastro de Prescritor de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial☐ Cadastro de Drogaria para Comercialização de Retinoide☐ Alteração Contratual (especificar): _____☐ Anexar Documentos ao Processo nº _____☐ Outros (especificar) _____**NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO.**

Em: ____/____/____

Representante legal da empresa

TOTAL DE FOLHAS ANEXAS ()

Conferidos por:

Assinatura Vigilância Sanitária