**À**

**Secretaria da Saúde**

**Vigilância Sanitária**

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: |   |
|  |  |
| CNPJ/CPF: |   |
| Atividade: |   |
|  |  |
|  |  |
| Endereço: |   |
|  |  |
| CEP: |  |
| Telefone: |   |
| E-mail para contato: |  |
| Horário de Funcionamento: |   |
| Requer: |  |

Nestes termos, pede deferimento.

 Estância Velha, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal