



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**ANEXO I
FORMULÁRIO DE PETIÇÃO**

USO DO ÓRGÃO RECEBEDOR

REQUER AO SENHOR DIRETOR DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TIPO DE PETIÇÃO <input type="checkbox"/> CONCESSÃO <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> AUTENTICAÇÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	ASSUNTO <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO <input type="checkbox"/> REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE TÉCNICA <input type="checkbox"/> PARECER TÉCNICO <input type="checkbox"/> LIVROS <input type="checkbox"/> CERTIDÃO <input type="checkbox"/> OUTROS (DISCRIMINAR)
--	--

CAMPOS ALTERADOS:			
IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA			
01 - RAZÃO SOCIAL:			
02- NOME DE FANTASIA:			
03 - ALVARÁ SANITÁRIO: N.º:		SÉRIE:	
04 - CNPJ:	CÓD SVS:	CPF:	
05 - ENDEREÇO: (Rua/Avenida/Praça)			
N.º:	Complemento: (Casa/Apto/Bloco/Sala)		(Edifício)
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	CEP:	
UF:	DDD:	FAX:	FONE:
E-MAIL:			

06 - HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: : ÀS :
CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA
07 - PAÍS DE ORIGEM E/OU ESTADO:

08 - ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:	
CÓDIGOS	(CONFORME TABELA II ATOS DA SAÚDE PÚBLICA)

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER PREENCHIDO NA ÍNTEGRA

REGISTRO/ESCRITURAÇÃO:

09 - QUANTIDADE DE LIVROS:	QUANTIDADE DE FOLHAS:
FINALIDADE: <input type="checkbox"/> LISTA A1,A2,A3 <input type="checkbox"/> LISTAS B1, B2 <input type="checkbox"/> LISTAS C1,C2,C4,C5 ADENDOS A e B <input type="checkbox"/> REGISTRO APLICAÇÃO INJETAVEL <input type="checkbox"/> RECEITUARIO GERAL,FARM. MAG. <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OTICA <input type="checkbox"/> REGISTRO DE DOADOR SANGUE	<input type="checkbox"/> REGISTRO RECEPTOR DE SANGUE <input type="checkbox"/> REGISTRO DE EXAMES <input type="checkbox"/> REGISTRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <input type="checkbox"/> REGISTRO DOADORES DE ORGAOS <input type="checkbox"/> REGISTRO DE CLORO E PH <input type="checkbox"/> OUTROS (Especificar)

REPRESENTAÇÃO LEGAL

10 - (Representante Legal)	(CPF)
_____ (ASSINATURA REPRESENTANTE LEGAL)	

RESPONSABILIDADE TÉCNICA

11 - NOME:		
CPF:	PROFISSÃO:	
SIGLA DO CONSELHO:		UF:
N.º DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO:		
_____ (ASSINATURA DO RESP. TÉCNICO COM CARIMBO)		
FLORIANÓPOLIS, de de .		
OBS: PETIÇÕES DE CONCESSÃO, PREENCHER COM " X " , PETIÇÕES DE ALTERAÇÃO, PREENCHER COM " I " PARA INCLUSÃO E/OU " E " PARA EXCLUSÃO.		