



**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	ASSUNTO
☐ CONCESSÃO ☐ CANCELAMENTO ☐ ALTERAÇÃO ☐ AUTENTICAÇÃO ☐ TRANSFERÊNCIA	☐ ALVARÁ SANITÁRIO ☐ REVALIDAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO ☐ RESPONSABILIDADE TÉCNICA ☐ PARECER TÉCNICO ☐ LIVROS ☐ CERTIDÃO ☐ 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: ☐ LISTA A1,A2,A3 ☐ LISTAS B1, B2 ☐ LISTAS C1,C2,C4,C5 ADENDOS A e B ☐ REGISTRO APLICAÇÃO INJETAVEL ☐ RECEITUARIO GERAL,FARM. MAG. ☐ REGISTRO DE OTICA ☐ REGISTRO DE DOADOR SANGUE	☐ REGISTRO RECEPTOR DE SANGUE ☐ REGISTRO DE EXAMES ☐ REGISTRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR ☐ REGISTRO DOADORES DE ORGAOS ☐ REGISTRO DE CLORO E PH ☐ 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.		