



DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO AMAZONAS - PR
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

Eu, _____,
nacionalidade _____, estado civil _____,
profissão _____, RG _____, inscrito (a) no
CPF _____, domiciliado na Rua _____
_____, nº _____, bairro _____,
cidade _____, estado _____, solicito a concessão de
Licença Sanitária.

NOME DA EMPRESA: _____

CNPJ: _____

CNAE PRINCIPAL: _____

Assinatura do Requerente

Porto Amazonas, ____ de _____ de 20____.