



**MUNICÍPIO DE ITAJAÍ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**TELEFONE: 47 3344-3090**  
**E-mail: [visa@itajai.sc.gov.br](mailto:visa@itajai.sc.gov.br)**



## PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO

| TIPO DE SOLICITAÇÃO                           | ASSUNTO  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> INÍCIO               | <input type="checkbox"/> ALVARÁ SANITÁRIO                              |
| <input type="checkbox"/> BAIXA                | <input type="checkbox"/> LICENÇA DE VEÍCULO                            |
| <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO            | <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADE TÉCNICA                      |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO            | <input type="checkbox"/> REVISÃO DE TAXA                               |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO             | <input type="checkbox"/> LIVROS ÓPTICOS                                |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO             | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DISPENSA SANITÁRIA (NÃO SE APLICA) |
| <input type="checkbox"/> CORREÇÃO             | <input type="checkbox"/> AFE/AE/PAF (SAÚDE)                            |
| <input type="checkbox"/> CONSULTA PRÉVIA      | <input type="checkbox"/> IMPORTAÇÃO/EXPORTAÇÃO (ALIMENTOS)             |
| <input type="checkbox"/> PUBLICAÇÃO           | <input type="checkbox"/> EXIGÊNCIAS SOLICITADAS PELO FISCAL: _____     |
| <input type="checkbox"/> COMUNICADO           | <input type="checkbox"/> OUTROS _____                                  |
| <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS PENDENTES | (DISCRIMINAR)  |

| IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA      |   |       |
|-------------------------------|---|-------|
| 01 - RAZÃO SOCIAL:            |   |       |
| 02- NOME DE FANTASIA:         |   |       |
| 03 - ALVARÁ SANITÁRIO NÚMERO: | VIGÊNCIA: ____/____/____<br><b>ANEXAR ALVARÁ/LICENÇA ORIGINAL, SE VIGENTE</b> |       |
| 04 – CNPJ:                    | CPF:  |       |
| 05 – ENDEREÇO:                |   |       |
| N.º:                          | COMPLEMENTO:  |       |
| BAIRRO:                       | MUNICÍPIO:  | CEP:  |
| UF:                           | DDD:  | FONE: |
| E-MAIL:                       |   |       |

|  |
|--|
| 06 – DEMAIS INFORMAÇÕES: _____<br>_____<br>_____                       |
| 07 – ASSINATURA DO REQUERENTE:<br>_____ ITAJAÍ, ____ DE _____ DE 202__ |
| 08 – ASSINATURA RECEPÇÃO VISA:<br>_____ ITAJAÍ, ____ DE _____ DE 202__ |

**ORIGINAL PARA VISA – CÓPIA PARA REQUERENTE**