

CHECK-LIST PARA ALVARÁ DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE VEICULO

*PROTOCOLAR REQUERIMENTO ANEXANDO AS SEGUINTE
DOCUMENTAÇÕES*

- () Requerimento devidamente assinado
- () Cópia do documento do veículo expedido pelo DETRAN em nome da empresa solicitante ou o contrato de aluguel do veículo descrito a placa do mesmo.
- () Cópia do Contrato Social e Alterações, se houver alterações.
- () CNPJ
- () Comprovante de Inscrição Municipal
- () Laudo de desinsetização do veículo, emitido pela empresa do ramo (dedetização)

Observação: NÃO SERÁ PROTOCOLADO O PROCESSO FALTANDO DOCUMENTOS.

REQUERIMENTO DE VISTORIA EM VEÍCULO N.º ____/____

A empresa abaixo descrita vem requerer a expedição de **CERTIFICADO DE VISTORIA** para o transporte dos produtos abaixo descritos:

I - REQUERENTE

NOME OU RAZÃO SOCIAL			
NOME FANTASIA			
LOGRADOURO			
NUMERO	QUADRA	LOTE	SETOR
CGC		INSC. MUNICIPAL	TELEFONE CONTATO
TRANSPORTE DE			
<input type="checkbox"/> Produtos alimentícios	<input type="checkbox"/> Produtos Químicos, Saneantes		
<input type="checkbox"/> Produtos farmacêuticos	<input type="checkbox"/> Materiais biológicos		
<input type="checkbox"/> Produtos médicos-hospitalares	<input type="checkbox"/> Urnas funerárias e/ou Cadáveres		
<input type="checkbox"/> Outros: _____			
Especificação dos Produtos: _____			

II - VEÍCULO

TIPO	MARCA	
MODELO	COR	
CHASSIS	PLACAS DE IDENTIFICAÇÃO	ANO FABRICAÇÃO

PARA USO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE FISCALIZAÇÃO

Certifico que o veículo vistoriado encontra-se com a seguinte situação:	
Data / /	
<input type="checkbox"/> SATISFATÓRIA	_____
<input type="checkbox"/> INSATISFATÓRIA	Autoridade Sanitária
Peça(s) fiscal(is) emitida(s) _____	

Data do Requerimento ____/____/____ _____
Requerente

VIA DA AUTORIDADE SANITÁRIA	
N.º DO REQ. DE VISTORIA: _____	
RAZÃO SOCIAL: _____	
DOC. EMITIDO: _____	DATA: ____/____/____
VEÍCULO.....MODELO: _____ PLACAS: _____ CHASSIS _____	

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Razão Social: _____

Fantasia: _____

CNPJ: _____ Inscrição Municipal: _____

Endereço: _____

Atividade/ CNAE: _____

Sócio Administrador/Titular/Representante legal:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Declaro, sob as penas da lei, que conheço e atendo os requisitos legais exigidos pelo Departamento de Vigilância Sanitária de Abadia de Goiás para RENOVAÇÃO do Alvará de Autorização Sanitária municipal exercício 20__, compreendidos os aspectos sanitários, estruturais, ambientais, de segurança pública, segurança alimentar e segurança e saúde do trabalhador.

O não atendimento a esses requisitos configura infração sanitária, acarretando o cancelamento desse Alvará de Autorização Sanitária e sujeitando o infrator às penalidades previstas na legislação sanitária vigente (Lei nº 6.437/77, Lei Estadual nº 16.140/07 e Lei Municipal nº 8.741/08).

Abadia de Goiás, _____ de _____ de 20__.

Sócio administrador/ Titular/ Responsável legal

(com firma reconhecida)