

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA SANITÁRIA

Identificação geral do estabelecimento

Razão Social:	
Nome fantasia:	CNPJ - CPF:
Endereço:	
Ponto de Referência:	
Cep:	Telefone:
Email:	
Data de início de funcionamento: / /	Horário de funcionamento:
CNAE Principal:	
PARA ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	
Média diária de pacientes atendidos:	
Área Construída (m ²):	Área total do terreno (m ²):

Identificação responsável legal do estabelecimento

Nome completo:	
CPF:	RG:
Profissão/Função:	Órgão Expedidor:

Identificação responsável técnico do estabelecimento

Nome completo:	
CPF:	RG:
Profissão/Função:	Órgão Expedidor:
Nº Registro:	Conselho:

Representante Legal e/ou Contador

Nome completo:	
CPF:	RG:
Profissão/Função:	Órgão Expedidor:
EMPRESA CONTÁBIL	
Escritório:	Contato:
Email:	Nº Registro Conselho:
Endereço:	

Declaro, por fim, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que estou ciente das penalidades previstas no Art. 299 do Código Penal e no Art. 2º da Lei Federal nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990.

Ponta Porã, ____ de _____ de 2025

Assinatura do requerente