PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

PEDIDO DE DESINTERDIÇÃO

Senhores Fiscais,

Eu,_____**,proprietário / representante legal e ou responsável técnico do estabelecimento abaixo qualificado, portador dos documentos e dados cadastrais:**

RG:_____ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____CPF:_____

ENDEREÇO RESID. COMPLETO:_____BAIRRO:_____

MUNICÍPIO/UF:_____TELEFONES:FIXO(_____)_____

CELULAR(_____)_____

E-MAIL:_____

RAZÃO SOCIAL:_____

CNPJ:_____

NOME FANTASIA:_____

ENDEREÇO :_____BAIRRO:_____

MUNICÍPIO/UF:_____TELEFONES:FIXO(____)_____

E-MAIL:_____

RESPONSÁVEL TÉCNICO(CASO POSSUA):_____

ESCOLARIDADE: ( ) TÉCNICO ( ) GRADUAÇÃO ( ) ESPECIALIZAÇÃO ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO

PROFISSÃO:_____CONSELHO:_____NºINSCRIÇÃO:_____

ENDEREÇO:_____BAIRRO:_____

CEP.:_____MUNICÍPIO/UF:_____

FIXO(_____)_____CELULAR (_____)_____

E-MAIL:_____

Venho, por meio deste, solicitar de Vossa Senhoria:

( ) DESINTERDIÇÃO DO ESTABELECIMENTO.
( ) DESINTERDIÇÃO DE ÁREA DO ESTABELECIMENTO QUE FOI INTERDITADA.
( ) DESINTERDIÇÃO DE EQUIPAMENTO E/OU PRODUTOS.
( ) DESINTERDIÇÃO DE ARMÁRIO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS.
( )OUTROS (_____)

Justificativa / motivo:

PONTA GROSSA, _____de_____de_____

_____
PROPRIETÁRIO//RESPONSÁVEL LEGAL