



FORMULÁRIO
SOLICITAÇÃO ALVARÁ SANITÁRIO

Requerente:
Beneficiário:
Atividade:

Salões de beleza, cabelereiro, podóloga e tatuagem	Documento Entregue	Não se aplica
Comprovante CNPJ	()	()
Comprovante de MEI		
Documento do responsável		
Contrato de prestação de serviço entre a empresa e o profissional;	()	()
Cópia da carteira de vacinação, constando as vacinas contra tétano, difteria e hepatite B atualizadas, exceto se for atendimento somente de esteticista e cabeleireiro.	()	()
Cópia de certificado de curso técnico ou graduação para esteticista;	()	()
Cópia de certificado de curso técnico ou graduação para podologia;	()	()
Declaração de destino final dos resíduos de saúde e Plano de Gestão de Resíduos de Serviços da Saúde (PGRSS), quando aplicável.	()	()
Declaração que o estabelecimento não realiza procedimento invasivo	()	()

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiras as informações aqui prestadas.

Campos Novos/SC, _____ de _____ de _____

Nome:

CPF: