



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IRUPI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO 2022

RAZÃO SOCIAL/NOME:								
CNPJ/CPF:				INSC. MUN:				
NOME FANTASIA:				TEL:				
EMAIL (obrigatório):								
ENDEREÇO:						Nº:		
COMPL.:				BAIRRO:			CEP:	
CIDADE:				UF:				
ESPÉCIE DE ESTABELECIMENTO:		Fixo: (___); Porta a Porta: (___)		TIPO DE INSC.:	Matriz: (___); Filial: (___);			
REGIME TRIBUTÁRIO:		MEI: (___) ME: (___) EIRELI: (___) LTDA: (___) ASSOCIAÇÃO: (___) OUTRAS: (___)						
SIMPLES NACIONAL?		SIM: (___) NÃO: (___)		PRESTADOR DE SERVIÇOS?	SIM: (___) NÃO: (___)			
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:		SEGUNDA A SEXTA:						
		SÁBADOS:						
		HORÁRIOS ESPECIAIS:						
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS								
PRINCIPAL:								
SECUNDÁRIA:								
SECUNDÁRIA:								
SECUNDÁRIA:								
SECUNDÁRIA:								
DADOS DOS SÓCIOS E RESPONSÁVEIS								
SÓCIO ADMIN:					CPF:			
					RG:			
ENDEREÇO:						Nº:		
BAIRRO:		CIDADE/UF:		TEL:				



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IRUPI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TIPO DE SOLICITAÇÃO DESEJADA					
PRIMEIRA INSCRIÇÃO:		BAIXA DE INSCRIÇÃO MUN.:		PARALIZAÇÃO:	
RENOVAÇÃO DE ALVARÁ:		SEGUNDA VIA DE ALVARÁ:		IMUNIDADE / ISENÇÃO:	
ALTERAÇÃO/INCLUSÃO DE DADOS CADASTRAIS:					
DADOS DO CONTADOR/ESCRITÓRIO DE CONTABILIDADE RESPONSÁVEL					
RAZÃO SOCIAL/NOME:					
CNPJ/CPF:					
ENDEREÇO:					
COMPL.:		BAIRRO:		CEP:	
CIDADE		UF:		EMAIL:	

Declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas acima são verdadeiras e assumo o compromisso de comprovar e dar esclarecimentos quando necessário, estando ciente que em caso de prestador de serviços estou obrigado a emitir Nota Fiscal Eletrônica nos termos do Decreto nº 1034/2015 e LCM 35/2017.

Irupi/ES, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Legal



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE IRUPI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PARA USO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (NÃO PREENCHER)		
DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/____	COORDENADOR DA VIGILÂNCIA	Nº PROTOCOLO:
FISCALIZAÇÃO / VISTORIA E VIABILIDADE		
DEFERIDO:		
INDEFERIDO:		
FINALIZAÇÃO		
PENDÊNCIAS:		
DATA DA ANÁLISE: ____/____/____	_____ FUNCIONÁRIO	
DATA EMISSÃO: ____/____/____	_____ FUNCIONÁRIO	
DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/____	_____ RESPONSÁVEL LEGAL	