



REQUERIMENTO PADRÃO

Nº do Processo Inicial _____

Registro VISA-SG: _____

SETOR _____

TIS: ANO: _____ VALOR: _____

Serviço Público Municipal

SEI nº **62** 03 226 / 2024.7

Data 20/04/24

Rubrica/Matrícula: Amv

COMO ACESSAR O SEI PARA CONFERÊNCIA DO SEU PROTOCOLO

1º - Acesse o Site da Prefeitura

2º - Clique em GOVERNO

3º - Clique em SEI

4º - Clique em CONSULTAR PROCESSO

5º - Digite o número fornecido por este protocolo (62...) na barra de busca

6º - A localização da barra de busca se encontra na parte inferior do texto Pesquisa Pública

7º - Existe uma verificação de 4 dígitos dentro de uma imagem. Digite o código na caixa e clique em PESQUISAR

8º - Abaixo da palavra RESULTADO, CLIQUE no ícone da árvore ou clique no número do processo

9º - Pronto! Você já pode acompanhar a movimentação do seu processo da sua casa!

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO GONQALO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE ZONOSSES, VIGILANCIA SANITARIA E AMBIENTAL.

REQUERIMENTO PADRAO

Serviço Público Municipal

Nº do Processo Inicial: _____

Registro VISA-SG: _____

SETOR: _____

TIS: ANO: _____ VALOR: _____

Processo nº 62.03226 / 2024.7

Data: 30/04/24 Folha: _____

Rubrica / Matrícula: hmv

Dados do Requerente

Nome: CRISTIANO MONTEIRO FABRÍCIO

RG: 114.376 - CRC/RJ

End.: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, Nº 735, SALAS 730 E 731.

Bairro: ESTRELA DO NORTE

CEP. 24.445-795

Telefone: (21) 99736-5151

Dados do Responsável Técnico

Nome: AARÃO PINTO DE OLIVEIRA BISBETO

RG: RJ-CD Nº 42.177-CRO

End.: RUA GIANELI, Nº 200, APTO. 101, PART

Bairro: VILLA IARA

RGCR.: RJ-CD Nº 42.177-CRO

CEP. 24.445-000

CPF: 137.604.367-06

Telefone: (21) 3857-2818

Dados da Empresa

Atividade: CLINICA ODONTOLÓGICA

Insc. Municipal: 126.086

Razão Social: SORRINDO MAIS LTDA

CNPJ: 24.084.251/0001-60

Nome Fantasia: CENTRO ODONTOLOGICO SORRINDO MAIS

Insc. Estadual: ISENTO

End.: RUA GIANELI, Nº 200, APTO. 101, PARTE.

Bairro: VILLA IARA

CEP. 24.445-000

Telefone: (21) 3857-2818

FAX.: _____

Dados do Veículo

Condutor: _____ Habilitação: _____ Vencimento: _____

Modelo: _____ Cor: _____ Ano: _____ Ano de Fabricação: _____ Placa: _____

RENAVAM: _____ chassi: _____ Vistoriado em: _____ Tipo: _____

End.: _____ Bairro: _____

São Gonçalo, 30 de Abril de 2024

☐ LFS / INICIAL

☐ CIS B

☐ MUDANÇA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

☒ LFS / REVALIDAÇÃO

☐ CIS A/AMBULANTES

☐ BAIXA DE RESPONSABILIDADE TECNICA

☐ ASSENTIMENTO SANITARIO

☐ CIS A / VEÍCULOS

☐ CANCELAMENTO DE AUTO DE INFRAÇÃO

PRORROGAÇÃO DE PRAZO

☐ VISTORIA

☐ CERTIDÃO NEGATIVA

Assinatura do Requerente: _____