

**Nome** \_\_\_\_\_

**Nome do Responsável Técnico** \_\_\_\_\_ **Reg. Conselho** \_\_\_\_\_

**Nome Fantasia** \_\_\_\_\_ **Inscrição Municipal** \_\_\_\_\_

**Endereço** \_\_\_\_\_

**Complemento** \_\_\_\_\_ **Bairro** \_\_\_\_\_

**Cidade** \_\_\_\_\_ **UF** \_\_\_\_\_ **CEP** \_\_\_\_\_ **Telefone** \_\_\_\_\_

**Identidade** \_\_\_\_\_ **Órgão Exp.** \_\_\_\_\_ **CPF/CNPJ** \_\_\_\_\_

**Código da Atividade** \_\_\_\_\_ **Descrição de Atividade** \_\_\_\_\_

Vem requerer a Vossa Excelência:

- Assentimento Sanitário
- Licença de Funcionamento Sanitário
- Revalidação exercício: \_\_\_\_\_

Nº do Processo de Licença Inicial : \_\_\_\_\_

Nestes Termos  
Pede Deferimento  
Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_