

**INSERIR CABEÇALHO OFICIAL DA RESPECTIVA SUBPREFEITURA**

TID nº \_\_\_\_\_

Memorando nº \_\_\_\_\_

**SMS / COVISA**

Sr. Gerente de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde

Informo que foi emitido o \_\_\_\_\_ (especificar se Auto de Licença de Funcionamento ou Alvará de Funcionamento) sob nº \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ (informar a data de publicação), com base nas disposições do Decreto nº 49.969/2008, para o estabelecimento \_\_\_\_\_, sito a \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, nesta Capital, CEP \_\_\_\_\_, SQL \_\_\_\_\_, para a atividade \_\_\_\_\_, mediante o Termo de Ciência quanto a Obtenção do Cadastro Municipal de Vigilância Sanitária firmado pelo responsável pelo estabelecimento Sr. (a) \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Coordenador de Planejamento e Desenvolvimento Urbano