

1ª via (na cor branca)



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Valida até: _____

UNIDADE SANITÁRIA: Divisão de Vigilância Sanitária

LICENÇA DE AMBULANTE

Endereço: _____

Tipo: _____

Responsável: _____

Endereço: _____

Observadas as disposições regulamentares, quanto à parte _____

Quissamã, ____ de ____ de ____

Responsável pela Divisão de Vigilância Sanitária

Fiscal Sanitário

SMSQ-151

2 vias

2ª via (na cor azul)



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUISSAMÃ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Valida até: _____

UNIDADE SANITÁRIA: Divisão de Vigilância Sanitária

LICENÇA DE AMBULANTE

Endereço: _____

Tipo: _____

Responsável: _____

Endereço: _____

Observadas as disposições regulamentares, quanto à parte _____

Quissamã, ____ de ____ de ____

Responsável pela Divisão de Vigilância Sanitária

Fiscal Sanitário