



**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE DE PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE
PARA SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE LICENÇA SANITÁRIA E/OU APROVAÇÃO DE PROTOCOLO NO GCIM**

Nome			
CPF/CNPJ		Telefones	
Conselho		Inscrição	
Endereço			
Bairro		Complemento	
E-mail / Telefone			
Possui área física onde serão desenvolvidas as atividades? ☐ Não ☐ Sim (caso sim informe a localização)			
Atividades desenvolvidas (descrição resumida) (não utilizar/copiar texto do CNAE)			

SOLICITAÇÃO

☐ Solicito Dispensa de Licença Sanitária ☐ Solicito Deferimento do GCIM - Protocolo:

Data	Assinatura

ENTREGAR ESTA DECLARAÇÃO, ACOMPANHADA DOS DOCUMENTOS, CONFORME ORIENTAÇÕES DISPOSTAS EM:
<https://www.joinville.sc.gov.br/servicos/requerer-dispensa-de-alvara-sanitario-e-ou-aprovacao-no-gcim/>

Encaminhar para o e-mail: vigilanciasanitaria@joinville.sc.gov.br

PARECER DO FISCAL

☐ Deferida a solicitação de dispensa de Licença Sanitária:	Justificativa
☐ Indeferida a solicitação de dispensa, pelo seguinte motivo:	
Fiscal/Assinatura:	
Data:	