

Ao Setor de Vigilância Sanitária Municipal
Rua Almirante Tamandaré – 98- Centro

Ref.: Cancelamento de Licença de Funcionamento em Vigilância Sanitária

A empresa _____, situada à rua
_____ nº _____, Bairro _____,
município de Lindóia do Sul estado de Santa Catarina CNPJ/CPF
_____, venho por meio desta solicitar o cancelamento de sua
licença de funcionamento junto à Vigilância Sanitária, com atividade no ramo de
_____.

Lindóia do Sul, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável

Nome:

CPF: