



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ALVARÁ SANITÁRIO PARA AUTÔNOMO

PROTOCOLO:

DADOS DO AUTÔNOMO

Nome: [Nome completo do profissional]

CPF: [Número do CPF]

CNAE/Atividade: [Descrição da atividade exercida]

Endereço: [Rua, número, bairro, cidade, UF, CEP]

Telefone: [Número de contato]

E-mail: [Endereço eletrônico, se houver]

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL, no uso de suas atribuições legais, e considerando a legislação sanitária vigente, **CONCEDE o presente Alvará Sanitário**, autorizando o exercício da atividade acima mencionada, atendendo às condições sanitárias exigidas.

LOCAL E DATA	VALIDADE	EXERCÍCIO
Esperantina-PI, 31/07/2025	31/12/2025	2025

FLAVIO DOS SANTOS GOMES
Coordenador

Código de Autenticidade: EDD02EC9

Este documento deverá permanecer exposto em local visível no estabelecimento empresarial.