



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO BUTIÁ
Av. Júlio Schwengber, 1645 – 97920-000 – Telefone: (55) 3369 1800
www.saopedrodotia.rs.gov.br

Exmo. Senhor

Prefeito Municipal de São Pedro do Butiá / RS

_____, CNPJ nº _____, estabelecida na (rua, avenida, localidade etc.) _____, Bairro _____, por seu proprietário, vem a presença de Vossa Excelência requerer a expedição de ALVARÁ DE SAÚDE para o estabelecimento em questão, o qual desempenhará a função de _____.

Nestes Termos

Pede Deferimento

São Pedro do Butiá /RS, ____ de _____ de 20____.

ASSINATURA

Protocolo nº _____

Em __/__/__

Recebido: _____