

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

RELAÇÃO DE SERVIÇOS PARA O VEÍCULO

Informo que o veículo Razão Social/Proprietário: _____,
CNPJ/CPF: _____, Placa/Modelo: _____,
modalidade () Trio Elétrico / () Carro de apoio, será utilizado conforme discriminação,
estando ciente de que a falsidade nas informações abaixo implicará nas penalidades
cabíveis:

Data	Circuito	Serviços	
		Alimentação	Serviço de Saúde

Salvador, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do Responsável Legal/Proprietário