

**REQUERIMENTO PARA O REGISTRO DE COMERCIALIZAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO OU
ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO**

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> REGISTRO INICIAL | RENOVAÇÃO COM ALTERAÇÃO: <input type="checkbox"/> Dados da Empresa <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Objeto da Comercialização |
| <input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO SEM ALTERAÇÃO | ALTERAÇÃO: <input type="checkbox"/> Dados da Empresa <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Objeto da Comercialização |
| <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO | |

| | | | |
|---------------|---|-------------------|--|
| CNPJ | | Insc. Estadual | |
| Razão Social | | | |
| Nome Fantasia | | | |
| Classificação | <input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial <input type="checkbox"/> EPP <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> MEI * ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE TAL CLASSIFICAÇÃO – Ex: Extrato ou Certidão da Junta Comercial | | |
| Endereço | | N° | |
| Bairro | | CEP | |
| Município | | Estado | |
| Telefone | | Fax | |
| Celular | | E-mail | |
| Latitude | | Longitude | |

Obs: AS COORDENADAS GEOGRÁFICAS DEVEM ESTAR EM GRAUS, MINUTOS E SEGUNDOS (EX: 00°00' 00.0").

PRODUTOS A SEREM COMERCIALIZADOS, DISTRIBUÍDOS OU ARMAZENADOS

Marque as opções desejadas:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> BIOLÓGICOS: <input type="checkbox"/> Raiva dos Herbívoros <input type="checkbox"/> Brucelose <input type="checkbox"/> B19 <input type="checkbox"/> VNIAA – RB51 <input type="checkbox"/> Antígenos e alérgenos para diagnóstico de brucelose e tuberculose - se credenciado <input type="checkbox"/> Vacinas avícolas <input type="checkbox"/> Outras: _____ | <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICA <input type="checkbox"/> Antimicrobianos <input type="checkbox"/> Produtos de uso não controlado <input type="checkbox"/> Produtos de uso Controlado |
| | <input type="checkbox"/> ANIMAIS VIVOS Quais: _____ |

AO DIRETOR DE DEFESA AGROPECUÁRIA

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Solicita que seja concedida a licença para comercializar, distribuir ou armazenar produtos de uso veterinário, de acordo com o regulamento aprovado pelo Decreto 5.053/2004 e Portaria Adapar 352/2019, tendo como responsável técnico o médico(a) veterinário(a)

_____ CRMVPR _____.

Nestes termos, pede deferimento.

Local e data: _____ em ____/____/____.

Assinatura do responsável administrativo

FICHA CADASTRAL RESPONSÁVEL ADMINISTRATIVO

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-----------------|------|-----|
| CPF: | | Data nascimento | | |
| Nome completo | | | | |
| Sexo: | () Masculino () Feminino | RG | | UF |
| Endereço: | | | | N.º |
| Bairro: | | | CEP: | |
| Telefone: | | Fax: | | |
| Celular: | | e-mail: | | |
| Estado: | | Município: | | |

Ciente das minhas obrigações no tocante à Defesa Agropecuária e responsabilizando-me pelas informações prestadas, assino a presente solicitação.

Local e data: _____ em ____/____/____.

Responsável Administrativo

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Eu _____, domiciliado a

Rua: _____,

CEP _____, Município _____ médico veterinário inscrito no Conselho

Regional de Medicina Veterinária do Paraná sob nº _____/PR, declaro para os devidos fins, em

cumprimento ao artigo 6º parágrafo 1º inciso IV e art. 18 parágrafo 1º incisos II e IV do Decreto Federal nº

5.053 de 22 de abril de 2004 e Portaria Adapar 352/2019, que assumo a responsabilidade técnica do

estabelecimento que comercializa, distribui ou armazena produtos de uso veterinário abaixo discriminado:

Razão Social: _____

CNPJ: : _____

Endereço: _____

CEP: _____ Município: _____/PR

Telefone fixo (médico veterinário): (____) _____

Telefone celular (médico veterinário): (____) _____

E-mail (médico veterinário): _____

Local e data: _____ em ____/____/____.

Assinatura e Carimbo médico Veterinário Responsável Técnico