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

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) REGISTRO INICIAL | RENOVAÇÃO COM ALTERAÇÃO: ( ) Dados da Empresa ( ) Responsável Técnico ( ) Objeto da Comercialização |
| ( ) RENOVAÇÃO SEM ALTERAÇÃO | ALTERAÇÃO:( ) Dados da Empresa ( ) Responsável Técnico ( ) Objeto da Comercialização |
| ( ) CANCELAMENTO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CNPJ   |  | Insc. Estadual  |   |
| Razão Social   |   |
| Nome Fantasia   |   |
| Classificação   |  ( ) Matriz ( ) Filial ( ) EPP ( ) ME ( ) 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: 00º00’ 00.0").**PRODUTOS A SEREM COMERCIALIZADOS, DISTRIBUÍDOS OU ARMAZENADOS**Marque as opções desejadas:

|  |  |
| --- | --- |
| **( ) BIOLÓGICOS:**( ) Raiva dos Herbívoros ( ) Brucelose ( ) B19 ( ) VNIAA – RB51 ( ) Antígenos e alérgenos para diagnóstico de brucelose e tuberculose - se credenciado ( ) Vacinas avícolas ( ) Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **( ) FARMACÊUTICA**( )Antimicrobianos ( )Produtos de uso não controlado ( )Produtos de uso Controlado |
| **( ) 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.°  |   |
| 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