**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