

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

TIPO DE REGISTRO: () Comercialização () Distribuição () Armazenamento			
() REGISTRO INICIAL		() RENOVAÇÃO COM ALTERAÇÃO	
() CANCELAMENTO		ALTERAÇÃO: () Dados da Empresa () Responsável Técnico () Objeto da Comercialização	
() REATIVAÇÃO			
CNPJ		Insc. Estadual	
Razão Social			
Nome Fantasia			
Classificação	() Matriz () Filial () EPP () ME * ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA CLASSIFICAÇÃO. Ex: Extrato ou Certidão da Junta Comercial		
Endereço		Nº	
Bairro		CEP	
Município		Estado	
Telefone		Celular	
E-mail			
Latitude		Longitude	

Obs: *Registro Inicial: para empresas nunca registradas na Adapar. **Reativação: para empresas que já foram registradas na Adapar e estão inativas. ***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 () B19 () 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 vacinas: _____	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICOS <input type="checkbox"/> Produtos de uso não controlado <input type="checkbox"/> Antimicrobianos <input type="checkbox"/> Produtos de uso controlado (IN35/2017)
	<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°
Bairro:		CEP:	
Telefone:		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 à 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